

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TATIANA BRUSAMARELLO

ANÁLISE DE CONCEITOS EM SAÚDE MENTAL: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO

CURITIBA

2017

TATIANA BRUSAMARELLO

ANÁLISE DE CONCEITOS EM SAÚDE MENTAL: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO

Tese apresentada para obtenção do título de Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Área de concentração – Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariluci Alves Maftum

Coorientadora: Prof^a Dr^a Maria Ribeiro Lacerda

CURITIBA

2017

Brusamarello, Tatiana

Análise de conceitos em saúde mental: subsídios para o cuidado / Tatiana
Brusamarello. – Curitiba, 2017.
129 f. ; 30 cm

Orientadora: Profª Drª Mariluci Alves Maftu

Coorientadora: Profª Drª Maria Ribeiro Lacerda

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de
Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografias

1. Enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Conhecimento.
I. Maftu, Mariluci Alves. II. Lacerda, Maria Ribeiro III. Universidade Federal do
Paraná. IV. Título.

CDD 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM
Código CAPES: 40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **TATIANA BRUSAMARELLO**, intitulada: **"ANÁLISE DE CONCEITOS EM SAÚDE MENTAL: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO"**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.
A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 24 de Agosto de 2017.

MARILUCI ALVES MAFTUM
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI
Avaliador Interno (UFPR)

MARILENE LOEWEN WALL
Avaliador Interno (UFPR)

MARIA JOSÉ SANCHES MARIN
Avaliador Externo (FAMEMA)

IVETE PALMIRA SANSON ZAGANEL
Avaliador Externo (FPP)

Dedico este trabalho ao melhor encontro da minha vida, Wagner.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sustentar-me diante das adversidades e me acolher quando não encontrei mais forças para caminhar sozinha. Obrigada por todo o aprendizado construído nesta jornada.

Àquela que não está mais entre nós, mas que amo incondicionalmente, minha mãe Carolina, exemplo de força, honestidade e bondade. Esteja bem onde estiver.

Ao meu marido Wagner, por todo o amor, compreensão e incentivo. Obrigada por me tornar uma pessoa melhor, por cuidar de mim em todos os momentos e me fazer acreditar. Amo você.

À minha família, Marcos, Carmem, Milena, Graça e Vitório, por acreditarem em mim, por ser a minha fonte permanente de acolhimento e proteção. Meus agradecimentos por todo apoio, auxílio, compreensão e paciência em todas as minhas ausências ao longo dos anos.

À minha orientadora Dra. Mariluci Alves Maftum, por acreditar na minha capacidade e contribuir para a profissional que me tornei. Minha gratidão e admiração.

À minha coorientadora Dra. Maria Ribeiro Lacerda, por todo conhecimento compartilhado e incentivo na construção deste trabalho. Muito obrigada.

Aos professores que compuseram a banca de defesa, Dra. Ivete Palmira Zagonel, Dra. Maria José Sanches Marin, Dra. Maria de Fátima Mantovani e Dra. Marilene Loewen Wall, pela disponibilidade e contribuições na revisão final deste trabalho.

Às minhas colegas de doutorado Aline Zerwes, Fernanda Capistrano, Juliana Czarnobay, Ângela Gonçalves Dias, obrigada, pelos momentos de trocas que proporcionaram a construção coletiva de nosso saber profissional.

Aos meus amigos Gisela, Ana Paula, Otília, Débora, Josi, Fernanda, Silvia, Gisele, Mariana, Talita, Renata, Edinaldo, Juliana, Leomar, Letícia, Clélia, meus

agradecimentos pelo companheirismo, incentivo e compreensão mútua, já que, assim como eu, vocês também vivenciavam neste momento existencial a experiência da Pós-Graduação.

Aos meus amigos e colegas do Hospital de Clínicas, pelas palavras de incentivo nos momentos de desespero.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem, pelo acolhimento, oportunidade e aprendizado.

A todos aqueles que, mesmo não citados nominalmente, contribuíram para a realização deste estudo.

RESUMO

BRUSAMARELLO, T. Análise de conceitos em saúde mental: subsídios para o cuidado. 129 fls. (Tese). Doutorado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2017.

O presente estudo teve como objetivo analisar os conceitos do metaparadigma aplicados nas teses de Enfermagem em saúde mental e propor definições para os conceitos de Enfermagem, Ser humano, Saúde e Ambiente em Saúde Mental. Para sustentar as reflexões no empreendimento científico, foi adotado o Paradigma Psicossocial como referencial teórico. Pesquisa teórica com a técnica de análise de conceitos de Walker e Avant. Para identificar o uso dos conceitos, seus atributos, antecedentes, consequentes, apresentar caso modelo, caso contrário e nova definição do conceito, realizou-se análise crítica de 88 teses de enfermagem produzidas no Brasil na área de saúde mental, selecionadas por meio de uma revisão integrativa. Para o conceito de Ser humano em saúde mental, as teses analisadas mostraram que se trata de uma pessoa em intenso sofrimento, que precisa ser respeitada em suas diferentes formas de expressividade. Destacou-se como atributo o ser humano, singular, em sofrimento, que vive na comunidade e é protagonista de sua própria história. Para o conceito de Saúde Mental, foi possível compreender que ela passou a ser entendida como reflexo da existência do ser humano, abrangendo o estado de bem-estar ou de intenso sofrimento, dependendo da sua interação com o mundo, tendo como atributos bem-estar, sofrimento e ruptura da identidade da pessoa. Em relação ao conceito de Enfermagem em Saúde Mental, apreendeu-se ser evidenciada como uma especificidade transversal, que ultrapassa a técnica para dar vazão à amplitude que envolve o cuidar da pessoa em sofrimento, tendo como atributo ser composta por agentes terapêuticos, que desenvolvem o cuidado centrado na pessoa, considerando a subjetividade e a complexidade do indivíduo em sofrimento e sua família. Estes agentes trabalham em equipe interdisciplinar, de modo sistematizado e articulado com a rede social, cultural e de saúde. Para tanto, necessitam ter conhecimento sobre políticas e referenciais teóricos de cuidado em saúde mental. Na análise do conceito Ambiente em Saúde Mental, constatou-se, nas teses, alusão a diferentes espaços na comunidade para o desenvolvimento do tratamento e do cuidado, sendo eles relacionados aos serviços de saúde disponíveis à população em geral por meio das redes de atenção à saúde, de atenção psicossocial e de apoio social, que existem no território em que a pessoa em sofrimento mental reside. Os atributos destacados foram: espaços abertos, comunidade, centros de atenção psicossocial em suas diferentes modalidades, unidades básicas de saúde, residências terapêuticas, domicílio, família, hospital geral, serviços de urgência e emergência, centros de convivência, grupos de autoajuda e hospitais psiquiátricos. Esta análise permitiu o esclarecimento dos fenômenos que envolvem os conceitos do metaparadigma na área da enfermagem em saúde mental, além do ensaio de cada conceito à luz do Paradigma Psicossocial. Acredita-se que este estudo reforce a necessidade de análise contínua do conhecimento e promoção do intercâmbio de saberes entre as demais disciplinas envolvidas no cuidado à pessoa em sofrimento, à família e à comunidade como um todo.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde mental. Cuidados de enfermagem. Conhecimento.

ABSTRACT

BRUSAMARELLO, T. **Concept analysis on mental health: support for caring.** 129 pages. (Thesis). Doctorate in nursing. Graduate program in nursing. Federal University of Paraná, 2017.

The current study objectified to analyze the metaparadigm concepts applied to Mental Health Nursing theses, as well as to propose definitions for the concepts of Nursing, Human Being, Health and Environment in Mental Health. In order to support the reflections of the scientific study, the Psychosocial Paradigm was adopted as the theoretical framework. Theoretical research was carried out by means of Walker and Avant's concept analysis. In order to identify the use of the concepts, their attributes, antecedents, consequences, feature the model case, contrary case and new concept definition, critical analysis of 88 nursing theses produced in Brazil in the mental health area was carried out, selected by means of integrated review. For the concept of Human Being in mental health, the analyzed theses unveiled that it is an individual in great suffering, who needs to be respected in his/her different ways of expressiveness. Outstanding attributes were as follows: human being, unique, suffering, who lives in his/her community and is protagonist of his/her own story. For the concept of Mental Health, it was possible to apprehend that it can be understood as the reflection of human beings' existence, comprising their state of well-being or great suffering, depending on their interaction with the world. Its attributes are as follows: well-being, suffering and disruption of the person's identity. Regarding the concept of Mental Health Nursing, it could be apprehended that it is evidenced as a cross-sectional specificity, which goes beyond the technique, to cover the wide range involving caring for the person in suffering. Its attributes are as follows: to comprise therapeutic agents, who develop person-centered care, considering the subjectivity and complexity of the individual in suffering and his/her family. They work as an interdisciplinary team in order to deliver care in different settings, in a systematic way, and articulated with the social, cultural and health network. Therefore, it is necessary to have knowledge on policies and theoretical frameworks of mental health caring. In the analysis of the Mental Health Environment, reference to different community settings for the development of treatment and care was evidenced in the theses, which are related to the available health services to the population in general by means of the networks for: health care, psychosocial care and social support, present in the territory that the person in mental suffering lives. The highlighted attributes were: open spaces, community, psychosocial care centers in their different types, primary health units, therapeutic residential facilities, residence, family, general hospital, urgency and emergency services, community centers, self-help groups and psychiatric hospitals. That analysis enabled to elucidate the phenomena surrounding the metaparadigm concepts in the mental health nursing field, in addition to the trial of each concept in light of the Psychosocial Paradigm. It is believed that this study stresses the need of ongoing analysis of knowledge as well as the promotion of knowledge exchange among the disciplines involved in caring for the suffering individual, family and community as a whole.

Key words: Nursing. Mental health. Nursing care. Knowledge.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	PONTOS CENTRAIS DA OPOSIÇÃO DO MODO ASILAR AO PSICOSSOCIAL NA CONCEPÇÃO DO OBJETO E DOS MEIOS DE TRABALHO	42
QUADRO 2 -	PONTOS CENTRAIS DA OPOSIÇÃO DO MODO ASILAR AO PSICOSSOCIAL NAS CONCEPÇÕES DAS FORMAS DA ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	43
QUADRO 3 -	PONTOS CENTRAIS DA OPOSIÇÃO DO MODO ASILAR AO PSICOSSOCIAL NAS MODALIDADES DO RELACIONAMENTO COM OS USUÁRIOS E A POPULAÇÃO...	43
QUADRO 4 -	PONTOS CENTRAIS DA OPOSIÇÃO DO MODO ASILAR AO PSICOSSOCIAL NA CONCEPÇÃO DA FINALIDADE EM TERMOS TERAPÊUTICOS E ÉTICOS.....	44
QUADRO 5 -	EXEMPLO DA CONSTRUÇÃO DAS REFERÊNCIAS EMPÍRICAS.....	54
QUADRO 6 -	TESES PRODUZIDAS POR ENFERMEIROS NOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, SEGUNDO O ANO DE DEFESA, INSTITUIÇÃO DE ORIGEM, AUTORIA E TÍTULO DO ESTUDO, 2017.....	56
QUADRO 7 -	ATRIBUTOS DE SER HUMANO EM SAÚDE MENTAL IDENTIFICADOS NAS TESES E RESPECTIVAS REFERÊNCIAS EMPÍRICAS, 2017.....	65
QUADRO 8 -	ANTECEDENTES E CONSEQUENTES DO CONCEITO SER HUMANO EM SAÚDE MENTAL, 2017.....	67
QUADRO 9 -	ATRIBUTOS DE SAÚDE MENTAL IDENTIFICADOS NAS TESES E RESPECTIVAS REFERÊNCIAS EMPÍRICAS, 2017....	73
QUADRO 10 -	ANTECEDENTES E CONSEQUENTE DO CONCEITO SAÚDE MENTAL IDENTIFICADOS NAS TESES, 2017.....	76
QUADRO 11 -	ATRIBUTOS DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL IDENTIFICADOS NAS TESES E RESPECTIVAS DEFINIÇÕES EMPÍRICAS, 2017.....	82
QUADRO 12 -	ANTECEDENTES E CONSEQUENTES DO CONCEITO ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL, 2017.....	87
QUADRO 13 -	ATRIBUTOS DE AMBIENTE EM SAÚDE MENTAL IDENTIFICADOS NAS TESES E RESPECTIVAS REFERÊNCIAS EMPÍRICAS, 2017.....	100
QUADRO 14 -	ANTECEDENTES E CONSEQUENTES DO CONCEITO AMBIENTE EM SAÚDE MENTAL, 2017.....	103

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	ESTRUTURA HOLÁRQUICA DO CONHECIMENTO CONTEMPORÂNEO DA ENFERMAGEM, FAWCETT, 2005.....	28
FIGURA 2 -	ILUSTRAÇÃO DAS ETAPAS DA ANÁLISE CONCEITUAL DE WALKER E AVANT, 2005	47
FIGURA 3 –	FLUXOGRAMA DAS ETAPAS METODOLÓGICAS DA REVISÃO, 2016	51

SUMÁRIO

1 APROXIMAÇÃO AO TEMA DA PESQUISA	14
2 INTRODUÇÃO	18
2.1 OBJETIVO.....	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1 ESTRUTURA DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM.....	25
3.2 ANÁLISE DE CONCEITOS NA ENFERMAGEM.....	31
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	36
4.1 PARADIGMA PSICOSSOCIAL	36
5 METODOLOGIA.....	46
5.1 TIPO DE ESTUDO	46
5.2 DESCRIÇÃO DA ANÁLISE CONCEITUAL	47
5.2.1 Seleção do conceito.....	48
5.2.2 Objetivos da análise.....	48
5.2.3 Identificação dos usos do conceito.....	49
5.2.4 Determinação dos atributos definidores.....	52
5.2.5 Desenvolvimento de casos-modelo.....	52
5.2.6 Desenvolvimento de outros casos.....	53
5.2.7 Identificação de antecedentes e consequentes.....	53
5.2.8 Definição de atributos e referências empíricas.....	54
5.3 ASPECTOS ÉTICOS	54
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	55
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS TESES	56
6.2 ANÁLISE DOS CONCEITOS DO METAPARADIGMA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL.....	62
6.2.1 Ser humano em Saúde Mental.....	62
6.2.1.1 Descrição do conceito de Ser humano em Saúde Mental.....	63
6.2.1.2 Atributos e referências empíricas do conceito Ser humano em Saúde Mental.....	65
6.2.1.3 Caso modelo do conceito Ser humano em Saúde Mental.....	66
6.2.1.4 Caso contrário do conceito Ser humano em Saúde Mental.....	67

6.2.1.5 Antecedentes e consequentes do conceito Ser humano em Saúde Mental.....	67
6.2.1.6 Nova definição para o conceito Ser humano em Saúde Mental.....	68
6.2.2 Saúde Mental.....	70
6.2.2.1 Descrição do conceito.....	70
6.2.2.2 Atributos e referências empíricas do conceito de Saúde Mental	73
6.2.2.3 Caso Modelo do conceito Saúde Mental.....	74
6.2.2.4 Caso contrário do conceito Saúde Mental.....	75
6.2.2.5 Antecedentes e consequentes do conceito Saúde Mental	76
6.2.2.6 Nova definição do conceito Saúde Mental	76
6.2.3 Enfermagem em Saúde Mental.....	78
6.2.3.1 Descrição do conceito	78
6.2.3.2 Atributos e referências empíricas do conceito Enfermagem em Saúde Mental.....	82
6.2.3.3 Caso Modelo do conceito Enfermagem em Saúde Mental.....	84
6.2.3.4 Caso Contrário do conceito Enfermagem em Saúde Mental.....	86
6.2.3.5 Antecedentes e consequentes do conceito Enfermagem em Saúde Mental.....	87
6.2.3.6 Nova definição do conceito Enfermagem em Saúde Mental.....	87
6.2.4 Ambiente em Saúde Mental.....	94
6.2.4.1 Descrição do conceito Ambiente em Saúde Mental.....	94
6.2.4.1 Atributos, definições empíricas, antecedentes, consequentes do conceito de ambiente em saúde mental.....	100
6.2.4.3 Caso modelo do conceito Ambiente em Saúde Mental.....	101
6.2.4.4 Caso contrário do conceito Ambiente em Saúde Mental.....	102
6.2.4.5 Antecedentes e consequentes do conceito Ambiente em Saúde Mental.....	103
6.2.4.6 Nova definição do conceito Ambiente em Saúde Mental.....	103
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICES.....	127
ANEXOS	128

1 APROXIMAÇÃO AO TEMA DA PESQUISA

Meu contato com a Área da Saúde Mental ocorreu, no ano de 2005, durante as aulas da disciplina de saúde mental, ofertada no sétimo período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Recordo-me do medo que senti ao imaginar como seria o primeiro encontro com uma pessoa em sofrimento mental¹, pois até então eu a concebia como agressiva, apática, malculada, entre outros atributos depreciativos. Sentimentos que percebi, posteriormente, serem comuns aos estudantes da área da saúde ao passar por tal experiência.

O estudo de Maftum e Alencastre (2009) confirma o mencionado anteriormente, pois infere que os estudantes de enfermagem, ao anteceder os dias em que terão que entrar em contato com as pessoas com transtornos mentais, durante a disciplina de enfermagem em saúde mental, deixam transparecer em suas falas e atitudes sentimentos de ansiedade, preocupação e medo.

Destaco minha surpresa ao me encontrar pela primeira vez perante essa clientela, internada em um hospital psiquiátrico, e constatar que muitas destas pessoas mantinham condutas socialmente adequadas, mostravam extrema carência de contato e afeto, desejavam e necessitavam ser acolhidas e cuidadas. Percebi que os sentimentos que apresentara dos quais muitos dos meus colegas de turma confirmavam em relação ao transtorno mental foram construídos por uma história matizada de preconceito.

Posteriormente, tive a oportunidade de atuar como bolsista no Projeto de Extensão “O cuidado à saúde de pessoas com sofrimento mental e familiares”. Desenvolvi atividades acadêmicas neste Projeto por dois anos, 2006 e 2007, período em que mantive estreita relação com pessoas com transtorno mental e alguns familiares. Essa experiência me possibilitou conhecer um pouco sobre como estes indivíduos enfrentam o processo de adoecimento mental e o sofrimento psíquico, suas perspectivas e fragilidades. Pude apreender o desafio e a

¹ Nesta tese, adotou-se a expressão pessoa em sofrimento mental por concordar que o sofrimento humano deve ser o principal objeto de cuidado da Enfermagem em Saúde Mental. Não se trata de negar o diagnóstico de transtorno mental, mas de ser fiel ao referencial teórico utilizado – Paradigma Psicossocial – o qual ressalta a importância de perceber o ser humano por trás da doença.

responsabilidade dos familiares em cuidar dos seus membros com transtorno mental (MAFTUM et al., 2009).

As experiências relatadas pelas pessoas em sofrimento mental e seus familiares me possibilitaram superar conflitos, inseguranças, preconceito e me estimularam a desenvolver o Trabalho de Conclusão do Curso da Graduação na temática do cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. Neste estudo, me deparei com as atuais transformações da profissão de Enfermagem nessa área, decorrentes dos avanços no modo de cuidar, impulsionados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, que envolve uma prática profissional voltada ao cuidado terapêutico (BRUSAMARELLO et al., 2009).

Ingressei no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR no ano de 2009 no curso de mestrado. Naquele ano, retornei às atividades no Projeto de Extensão para atender à proposta da disciplina de Prática Docente que estabelece atividades a serem cumpridas pelo mestrando relativas à prática de docência. Optei por desenvolver a disciplina no referido Projeto por haver nele participação de alunos da graduação que cursavam a disciplina de ensino de enfermagem em saúde mental, além de bolsistas e voluntários, e também por entender que a Extensão Universitária se constituía em um dos cenários de aprendizagem para todos os envolvidos.

Novamente participando no Projeto de Extensão, pude observar que os diálogos dos participantes transcorriam em torno de dúvidas, experiências e questionamentos relacionados à convivência com a pessoa em sofrimento mental. Esta vivência me possibilitou conhecer os seres humanos para além de um diagnóstico clínico, bem como a angústia e a esperança de seus familiares.

Acredito que a compreensão sobre o modo de viver das pessoas e a identificação de suas redes sociais de apoio possibilitem aos profissionais de enfermagem planejar os cuidados a serem desenvolvidos de acordo com as necessidades e realidades cotidianas. Assim, no decorrer do Curso de Mestrado, para contemplar uma das atividades da disciplina Vivência da Prática Profissional, desenvolvi, junto a pessoas com transtorno mental e familiares que participavam do Projeto de Extensão, estudo cujo objetivo foi conhecer a concepção deles sobre redes de apoio social e identificar essas redes daqueles participantes.

No referido estudo, confirmamos que, ao conhecer as redes sociais de apoio, o enfermeiro aumenta seus recursos para elaborar propostas de cuidado que

respondam às necessidades das famílias e das pessoas com transtorno mental. Possibilita incluir projetos que incorporem as diferentes dimensões do cuidado, social, psicológico, afetivo e físico, para responder às necessidades da clientela (BRUSAMARELLO et al., 2011).

Aquela vivência me ensinou perceber a necessidade de desenvolver um cuidado voltado para a educação em saúde em conjunto com aqueles participantes, para desenvolver ações de ajuda para o enfrentamento da realidade, de modo a compreender a dinâmica de suas relações, auxiliá-los a reconhecer suas habilidades e potencialidades bem como de aceitação e convivência com suas limitações (BRUSAMARELLO, 2011).

Entendo a educação em saúde mental capaz de exercer significativa contribuição para a transformação da realidade vivida por estes sujeitos, na medida em que coloca o indivíduo no centro das ações que acolhem suas demandas e que permitem criar ou desvendar possibilidades de conquista de autonomia. Desta maneira, desenvolvi minha Dissertação no espaço do projeto de extensão com as pessoas que dele participavam. Sendo assim, por meio da pesquisa-ação, busquei identificar necessidades de ações educativas em saúde mental com pessoas com transtornos mentais e familiares, desenvolver e descrever as ações de educação em saúde mental realizadas.

O referido estudo se constituiu em um processo no qual todos os participantes ganharam voz, sendo relevante para pessoas que, por muitas décadas, foram isoladas da sociedade com seus direitos de cidadãos anulados, estiveram sob a responsabilidade dos técnicos do saber e reclusos em hospitais psiquiátricos. Acredito que a confiança e o vínculo construído com aquele grupo tenham favorecido o desenvolvimento das ações educativas que nos levaram a afirmar crescimento pessoal e mudanças no modo de agir e pensar a respeito da pessoa com transtorno mental (BRUSAMARELLO, 2011).

No transcorrer dos meus estudos em literatura, como livros, teses, dissertações e artigos para construção dos trabalhos científicos, observei que é possível encontrar uma série de conceitos utilizados na história recente das práticas em saúde mental, sendo que a maneira como tais conceitos estão apresentados nos trabalhos científicos permite, muitas vezes, equívocos na sua compreensão. Atualmente, como doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR, durante a busca em literatura para a delimitação do tema do estudo, que

culminaria nesta tese, pude perceber o uso de conceitos que considero essenciais para a prática da saúde mental, repetidamente adversos e, por vezes, pouco esclarecidos.

Minha percepção em relação aos conceitos aplicados na prática de saúde mental coaduna com o explicitado por Rodgers (2000) ao referir que a ciência é construída pelo movimento do senso comum à consciência crítica dos conceitos. No entanto, em muitas situações, estes conceitos aparecem mal definidos ou são empregados erroneamente, resultando em uma ciência menos consistente do que a desejável.

Ressalto que a análise de conceitos em enfermagem é útil para o esclarecimento dos fenômenos e facilita a reflexão e a ação sobre a prática, contribuindo, assim, para a construção do corpo de conhecimentos da área (MCEWEN; WILLS, 2016).

Assim, para proporcionar aprofundamento na compreensão de conceitos de enfermagem utilizados na área da saúde mental contribuindo para uma prática profissional fundamentada e considerando o explicitado por Rodgers (2000) anteriormente, juntamente com meus anseios de avançar na construção do conhecimento científico nesta área, emergiu a proposta deste estudo cujo **objeto é a análise dos conceitos do metaparadigma para a enfermagem em saúde mental.**

2 INTRODUÇÃO

As disciplinas, comumente, se alicerçam em conhecimentos específicos para que sejam reconhecidas como profissão, consequentemente, constroem seu foco de estudo. Entre as disciplinas, a Enfermagem se destaca, pois, paulatinamente, vem construindo seu corpo de conhecimento com vistas a estabelecer os domínios de sua prática profissional (ZAGONEL, 1996; ALMEIDA et al., 2009; PERSEGONA et al., 2012).

Faz-se elementar a qualquer disciplina profissional o desenvolvimento de conhecimentos próprios, habitualmente expressos em conceitos e teorias, que possam ser aplicados à sua prática. Como uma profissão em constante desenvolvimento, na enfermagem, inúmeros conceitos, modelos e teorias estão sendo reconhecidos, definidos e desenvolvidos (GEORGE, 1993; FAWCETT, 2005).

Confirmando o explicitado, Wall (2008) expõe que o estudo das teorias, bem como de seus componentes, promove a base do conhecimento da Enfermagem como uma estrutura que guia as ações da profissão. Ressalta que o desenvolvimento destes estudos deve estar embasado no pensamento crítico, favorecendo a evolução da disciplina e, consequentemente, da profissão.

Ao descrever a hierarquia estrutural do conhecimento da Enfermagem contemporânea, Fawcett (2005) apresentou o metaparadigma como primeiro componente desta estrutura, seguido pela filosofia, modelos conceituais, grandes teorias, teorias médias e indicadores empíricos. Para a autora, o metaparadigma é considerado o elemento com maior nível de abstração, sendo a base da estrutura do conhecimento da Enfermagem, não oferecendo, porém, nenhuma direção para atividades concretas de pesquisa e da prática assistencial, mas necessitando, de forma resumida, abranger todos os fenômenos referentes à disciplina de Enfermagem.

Em 1978, Fawcett formalizou quatro conceitos para representar o metaparadigma da Enfermagem, sendo eles: Ser humano, Ambiente, Saúde e Enfermagem (FAWCETT, 2005).

A autora supracitada refere que o ser humano é o objeto principal das ações de enfermagem, incluindo neste conceito o indivíduo, a família, a comunidade e outros grupos. A saúde é o estado de bem-estar do indivíduo, que pode variar de alto bem-estar até à doença terminal. O conceito de Enfermagem refere-se às ações

tomadas pelos enfermeiros, fundamentadas em um processo sistemático de avaliação, classificação, planejamento, intervenção e evolução. Finalmente, o ambiente se refere aos cenários em que a enfermagem é praticada e onde o ser humano vive e se relaciona com o mundo, engloba o domicílio, unidades de saúde, hospitais e a sociedade como um todo (FAWCETT, 2005).

Nesse sentido, a Enfermagem, por ser uma disciplina orientada para a prática, tem como objetivo entender as necessidades do cuidado de enfermagem e aprender a melhor forma de cuidar das pessoas. Portanto, as atividades de cuidado em que os enfermeiros estão envolvidos precisam ser o foco para o desenvolvimento e a estruturação do conhecimento (MELEIS, 2007; WALL, 2008; LACERDA; LABRONICI, 2011; PERSEGONA et al., 2012).

No cotidiano da prática profissional, os enfermeiros utilizam a ciência, a arte, a estética e a ética no processo de promoção, manutenção e recuperação da saúde, por meio de ações de cuidados destinados a ajudar as pessoas a ser mais saudáveis e, quando necessário, a superar os efeitos da doença como um fenômeno social, existencial, cultural e transitório (WALL, 2008).

Esta ideia é corroborada por Lacerda (2000, p.21), ao explicitar que o cuidado é o “centro, o âmago da nossa existência como profissão e especificidade do saber e do fazer”. Deste modo, o cuidado de enfermagem, para abranger a complexidade das questões que envolvem o estar saudável e o estar doente de indivíduos, precisa compreender “além dos aspectos técnico-científicos, os preceitos éticos, estéticos, filosóficos, humanísticos e culturais” (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010, p.183). Sendo assim, as ações de cuidar extrapolam as atividades instrumentais como a troca de um curativo, abrangendo também as atividades expressivas relacionadas às necessidades psicossociais do ser humano (WALL, 2008; FÁVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013).

Cuidar em saúde mental é estimular as capacidades de ser e contribuir para desenvolver o poder de existir, de ser reconhecido, de afirmar sua vida (TRAVELBEE, 1979; 1982). “É montar, tecer projetos de vida. É uma relação”, mais do que uma essência para prática em saúde mental, pois o cuidado é uma dimensão da vida humana que se efetiva no encontro (YASUI, 2010, p. 112). Desta forma, o cuidar em enfermagem engloba o relacionamento interpessoal, a prática de sentimentos como ajuda e confiança entre os que o vivenciam, desenvolvendo-se

com base no conhecimento científico e nos valores humanísticos (TRAVELBEE, 1979; 1982; PONTE et al.; 2012; BORILLE et al., 2013).

O cuidado de enfermagem, historicamente compreendido como o conjunto de técnicas e procedimentos por se tratar de uma área do conhecimento reconhecida por seu aspecto prático, deve superar essa compreensão e sustentar suas ações no respeito à subjetividade e individualidade, buscando construir e/ou fortalecer a relação interpessoal com o paciente (MONTEIRO, 2006; BORILLE et al., 2013).

Diante do exposto, percebe-se que o enfermeiro necessita ser capaz de aplicar um enfoque intelectual disciplinado para a resolução de problemas e para a tomada diária de decisões. Para tanto, precisa dominar os fatos, princípios e conceitos com os quais se pensa, combinando estes elementos com a capacidade de usar sua própria pessoa terapêuticamente para ajudar outras pessoas, famílias e comunidade a resolver problemas de saúde (TRAVELBEE, 1979; 1982; BORILLE, 2008; BORILLE et al., 2013).

Entende-se, atualmente, que a Enfermagem vem conseguindo consolidar-se como ciência devido ao esforço de produzir uma linguagem específica que busca atribuir “significados aos elementos constitutivos do seu ser, saber e fazer” (ZAGONEL, 1996; ALMEIDA et al., 2009; SCHAURICH; CROSSETTI, 2010, p.183; PERSEGONA et al., 2012; MCEWEN; WILLS, 2016). Nos últimos anos, observa-se que os enfermeiros estão buscando entender esses fenômenos, utilizando maior competência, responsabilidade e autonomia de julgamento e decisões, que garantam a qualidade da assistência de enfermagem (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003; MCEWEN; WILLS, 2016).

Neste sentido, é importante ressaltar que, como toda ciência, a enfermagem carece de consolidar um corpo de conhecimentos próprios e uma linguagem específica que permita compreender seu fazer. Deste modo, os enfermeiros podem prestar cuidados significativos capazes de atender às reais necessidades dos indivíduos por eles assistidos (SANTOS; OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2004; MCEWEN; WILLS, 2016).

Como explicitado anteriormente, o arcabouço teórico da ciência da enfermagem se constrói em um processo dinâmico, que tende a nascer da prática e se consolida através da pesquisa científica, especialmente por meio da análise e

desenvolvimento de conceitos e teorias (ZAGONEL, 1996; BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014).

Os enfermeiros têm compreendido que os conceitos se traduzem em meios pelos quais as pessoas se comunicam em sociedade. Neste sentido, destaca-se que os conceitos são elementos ou componentes de um fenômeno necessários para entendê-lo. Tais elementos são socializados entre as pessoas, expressos através de linguagens ou de palavras, representando a realidade de um determinado contexto. Nesta perspectiva, um dos principais requisitos da palavra que designa um conceito é que ela seja capaz de expressar, por meio de seu significado, o que ocorre na realidade empírica (MCEWEN; WILLS, 2016).

Destarte, “na prática diária de enfermagem, os conceitos amadurecem o universo de comunicação, uma vez que, para todos aqueles que trabalham com um dado conceito, ele deverá ter o mesmo significado” (ZAGONEL, 1996, p. 10). Entende-se, assim, que os conceitos são formulados em palavras que possibilitam que as pessoas se comuniquem, estando cientes do significado da realidade do mundo.

Cabe destacar que um conceito pode ser nomeado por uma palavra, como, por exemplo, fadiga, morte, queda; por duas ou mais palavras como cuidados paliativos, terapia comunitária; ou por uma frase como trabalho de parto normal, processo do cuidar em enfermagem, sistematização da assistência em enfermagem (KNAFL; DEATRICK, 2000; COWDE; CUMMINGS, 2012; BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014; MCEWEN; WILLS, 2016).

Há que se considerar que a ciência é constituída pelo movimento do senso comum à consciência crítica dos conceitos que, em muitas situações, aparecem mal definidos ou inadequadamente empregados. Assim, acredita-se que o esclarecimento de determinado conceito de uso necessário na prática da enfermagem fundamentada possa contribuir com a construção do seu corpo de conhecimento (KNAFL; DEATRICK, 2000; COWDE; CUMMINGS, 2012; BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014; MCEWEN; WILLS, 2016).

Por outro lado, a falta de clareza de alguns conceitos resulta em uma ciência menos consistente do que o desejável. A busca do esclarecimento e a preocupação em estabelecer conceitos adequados aos acontecimentos da prática, para facilitar a reflexão e a ação sobre ela, têm sido o fato motivador para análise e desenvolvimento de conceitos em Enfermagem (BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014).

Na busca de desenvolver e clarificar o conhecimento, a Enfermagem tem voltado seus estudos para a compreensão de conceitos e a resolução de problemas conceituais (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003; SANTOS; OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2004; BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014). Como ressalta Rodgers (2000), a análise conceitual é valiosa porque fornece a possibilidade de solucionar problemas de palavras e expressões usadas pelos profissionais no cotidiano de sua prática profissional, particularmente, na Enfermagem.

O cuidado de enfermagem em saúde mental, no Brasil, surgiu em meio ao modelo hospitalocêntrico excludente e, desde o início, esteve marcado pelo exemplo controlador e repressor dos hospícios. Nas instituições psiquiátricas, cuja característica era disciplinar e reeducar a pessoa com transtorno mental, a enfermagem prestava atendimento voltado para a administração de medicamentos, contenção e vigilância dos pacientes (ROCHA, 1994; MOREIRA et al., 2007).

No entanto, as transformações ocorridas nas últimas décadas, no cenário da Saúde Mental em face do Movimento da Reforma Psiquiátrica e das novas diretrizes da política nacional, fomentam reflexão sobre as ações da Enfermagem nessa área (MOREIRA et al., 2007; LOYOLA, 2008; BORILLE et al., 2013).

O Modelo Psicossocial protagonizado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira mudou o cenário de atendimento em Saúde Mental de essencialmente hospitalar para comunitário, tendo passado, conseqüentemente, a requerer um novo olhar para a pessoa que sofre mentalmente, em que falar de sofrimento significa falar da dor do corpo, da ansiedade, da angústia, enfim, do sofrimento de viver.

Yassui (2006), em sua tese intitulada “Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, defende que agregar o termo psíquico à palavra sofrimento, “sofrimento psíquico”, não significa estabelecer uma divisão ou um corte entre a mente e o corpo. Deste modo, percebe-se que o modelo psicossocial nos leva a olhar para a complexidade da existência humana, considerando sua singularidade e subjetividade, que transcende a relação do indivíduo com o seu entorno social, familiar, cultural, entre outras.

Percebe-se que o Modelo Psicossocial tem permitido, por um lado, maior visibilidade para o enfermeiro que atua na área da Saúde Mental; e por outro lado, tem requerido deste profissional uma nova postura diante da clientela, para prestar

um cuidado mais humanizado (MOREIRA et al., 2007; LOYOLA, 2008; BOLSONI et al., 2016).

O objeto deste estudo se justifica pela incipiente clareza existente na forma de se referir, entre outros, aos conceitos relacionados ao metaparadigma da Enfermagem - ser humano, estado de saúde-doença, enfermagem e ambiente na área da saúde mental - passíveis de influenciar na formação profissional de futuros enfermeiros e, conseqüentemente, no cuidado do indivíduo, família e comunidade. Esta afirmação está ancorada em buscas feitas em literatura dessa área com o intuito da delimitação do objeto deste estudo, tendo, na maioria delas, sido encontradas incompletude, falta de clareza, superficialidade ao se referir aos conceitos utilizados pelos enfermeiros no cotidiano da prática na área da Saúde Mental.

Destarte, a tese defendida neste estudo é a de que a compreensão e a construção teórica relativas aos conceitos que permeiam o cuidado de enfermagem em saúde mental são essenciais para uma prática profissional fundamentada. Esta análise conceitual poderá elucidar conceitos essenciais para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem, em sintonia com as novas políticas de atendimento em saúde mental e as necessidades de saúde das pessoas que apresentam sofrimento mental e de seus familiares.

Diante do exposto, foi elaborada a seguinte **questão norteadora**: Como os conceitos do metaparadigma são aplicados nas teses de Enfermagem em Saúde Mental? Todavia, faz-se necessário esclarecer que neste estudo os conceitos do metaparadigma da Enfermagem serão analisados na perspectiva do Modelo Psicossocial.

Firmada na crença de que este estudo pode vir a proporcionar aprofundamento nos conceitos fundamentais para a prática da enfermagem na área de saúde mental, fomentando reflexão no exercício da prática profissional, foram delineados para o seu desenvolvimento os objetivos a seguir:

2.1 Objetivos

Analisar os conceitos do metaparadigma aplicados nas teses de Enfermagem em Saúde Mental; e

Propor definição para os conceitos de Ser Humano, Enfermagem, Saúde e Ambiente em Saúde Mental, sustentado no Modelo Psicossocial.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste item de revisão de literatura, são abordados temas entendidos como importantes para o embasamento teórico e contextualização do objeto deste estudo, sendo eles: 3.1 Estrutura do conhecimento da Enfermagem e 3.2 Análise de conceitos na Enfermagem.

3.1 ESTRUTURA DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM

O conhecimento humano é extremamente diversificado e, assim sendo, as diferentes estruturas do saber permitem expressar que o mundo se apresenta de modo particular para cada pessoa, dependendo da referência tomada para olhar a realidade, da capacidade de ver, da necessidade prática, dos interesses ideológicos, entre outras razões (MCEWEN; WILLS, 2016).

Os campos teóricos gerais da ciência fornecem os elementos para a estruturação dos modelos aplicados na Enfermagem. Por ser uma ciência em construção, a Enfermagem vem unindo esforços na busca de um corpo de conhecimento próprio, no intuito de discutir e estabelecer posturas filosóficas e conceituais como fundamento para uma *práxis* transformadora (MCEWEN; WILLS, 2016).

Constata-se uma variedade de formas pelas quais o campo do saber específico na Enfermagem ao longo do processo histórico da profissão tem sido construído, expresso pela produção dos enfermeiros no desenvolvimento de modelos de cuidados e de teorias de enfermagem (MCEWEN; WILLS, 2016). Neste sentido, Cestari (2003) refere que, como uma disciplina, a Enfermagem tem necessidade de definir suas formas próprias de conhecer, produzir e validar o conhecimento.

Sabe-se que não é possível o desenvolvimento do cuidado de enfermagem alicerçado exclusivamente num único tipo de conhecimento, porque os enfermeiros lidam com seres humanos e, para tanto, dependem de diferentes conhecimentos para responderem com competência às necessidades complexas de cuidados e promoverem uma prática de qualidade segura (BAIXINHO et al., 2014).

Em um estudo clássico de análise da literatura da enfermagem, Carper (1978) identificou quatro padrões de conhecimentos – o empírico, o estético, o

pessoal e o ético - que ainda são valorizados e utilizados atualmente na investigação e na prática pelos enfermeiros.

Esta constatação pode ser exemplificada por um estudo recente realizado feito com estudantes de enfermagem, que buscou identificar sua percepção acerca dos padrões de conhecimento em enfermagem. Os resultados encontrados coadunam com as características atribuídas por Carper a cada conhecimento, sendo o empírico envolto na cientificidade, tradição e natureza dos cuidados; o estético, submerso na expressividade, subjetividade e sensibilidade; o autoconhecimento, a experiência, a atitude reflexiva e a relação com os outros contribuem para construção do conhecimento pessoal; e a moral e a ética suportam o conhecimento ético (BAIXINHO et al., 2014).

Para Carper, o **conhecimento empírico** é objetivo, geralmente passível de quantificação, exemplificável, formulado discursivamente e verificável. Recorre às ideias tradicionais que podem ser confirmadas pela observação e provadas por hipóteses. É o conhecimento sistematicamente, organizado em leis e teorias com o propósito de descrever, explicar e prever fenômenos (CARPER, 1978; MCEWEN; WILLS, 2016).

O **conhecimento estético** é mais expressivo, subjetivo e exclusivo. Inclui a sensibilidade do significado de um momento e fica evidente por meio das ações, condutas, atitudes e interações de um enfermeiro em resposta ao outro. Este tipo de conhecimento conta com a percepção, é criativo e incorpora empatia. O estético vai além do que é explicado pelos princípios e constrói valores e significados para explicar fenômenos que não podem ser formulados de forma quantitativa (CARPER, 1978; MCEWEN; WILLS, 2016).

A maneira como os enfermeiros percebem a si mesmos e o outro é chamado por Carper como **conhecimento pessoal**. É também um conhecimento subjetivo que promove a relação interpessoal nos encontros entre profissional e paciente. Incorpora experiência, maturidade e liberdade, pode ainda incluir espiritualidade e é amplamente expresso na personalidade de cada um (CARPER, 1978; MCEWEN; WILLS, 2016).

O **conhecimento ético** ocorre à medida que surgem os dilemas morais, nas situações de ambiguidade e incerteza, quando as consequências são difíceis de prever. A ética refere-se ao “código moral da enfermagem e está baseado na obrigação de servir e respeitar a vida humana”. Este conhecimento exige do

enfermeiro exame racional e avaliação do que é bom, valioso, desejável, bem como pode provocar *insight* em determinadas áreas que não podem ser testadas (CARPER, 1978; MCEWEN; WILLS, 2016, p.14).

Apesar de Carper descrever quatro padrões de conhecimento, outros foram acrescentados ao logo da história de enfermagem. No entanto, para as digressões a respeito do conhecimento da disciplina de enfermagem necessários para entender o objeto de estudo desta tese, cabe destacar dois outros importantes padrões, o sociopolítico e o desconhecer.

O **conhecimento sociopolítico** oportuniza ao enfermeiro uma compreensão do entorno, situando-o num contexto em que a profissão e o cuidado em saúde estão entrelaçados e localizados, propiciando uma reflexão sobre a sua prática, a profissão e as políticas de saúde (WHITE, 1995). Estudo bibliográfico conduzido com o objetivo de identificar e correlacionar temas emergentes nas pesquisas qualitativas publicadas em periódico de enfermagem com a produção do conhecimento retratou que o conhecimento sociopolítico aparece nos temas estudados pelos enfermeiros como um “amplo contexto do processo de cuidar, incluindo todo o processo organizacional, cultural e político, que influencia o paciente, família, outros profissionais da saúde, a profissão e as diversas estruturas que envolvem o cuidado” (LACERDA; LABRONICI, 2011, p. 363).

Já o padrão **desconhecer** propicia ao enfermeiro a percepção em reconhecer que não conhece a singularidade do outro, sua história de vida, oportunizando que ele se abra para o encontro e busque descobrir maneiras para construir uma interconexão com o ser cuidado. No entanto, para estabelecer o padrão do desconhecer, o enfermeiro precisa por algum momento pôr em segundo plano sua história de vida, valores e crenças para compartilhar a história do outro e, assim, promover uma comunhão intersubjetiva (MUNHALL, 1993; LACERDA; LABRONICI, 2011).

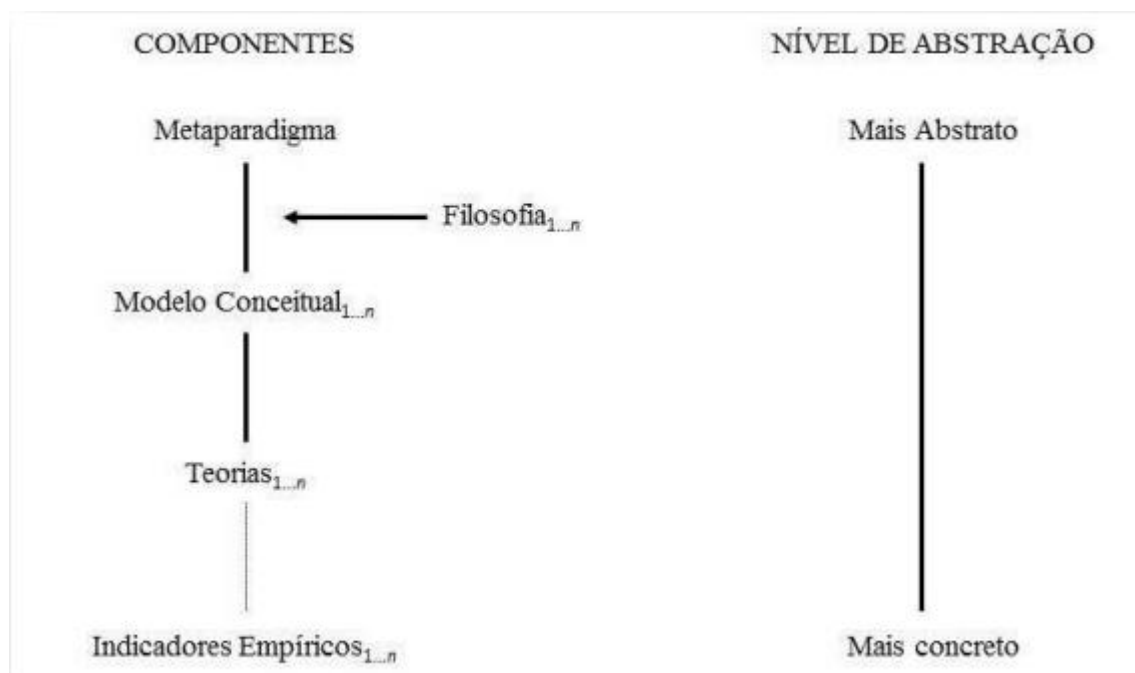
Carper (1978) refere que é o campo da prática e a pesquisa que determinam, em última instância, o tipo de conhecimento que se pretende desenvolver e o modo como esse conhecimento deve ser organizado, testado e aplicado. Para tanto, o corpo de conhecimento necessário para a prática de enfermagem deve ter padrões, formas e estrutura que sirvam como horizontes de expectativas e exemplifiquem formas características dos fenômenos. Compreender estes padrões é essencial para o ensino, prática, gestão e pesquisa da

Enfermagem, bem como tal entendimento permite atenção crítica à questão do significado dos diferentes tipos de conhecimento e quais são considerados de maior valor para a disciplina de Enfermagem.

Deste modo, ao levantar um questionamento, ele poderá ser respondido de acordo com os mais diversos saberes - o mágico, o religioso, o filosófico ou o científico - além do denominado de “senso comum”, como uma forma simplificada e eclética de explicação da realidade cotidiana (MCEWEN; WILLS, 2016).

No final da década de setenta do século XX e mais fortemente nos anos oitenta, a construção de teorias ganhou força impulsionando o desenvolvimento teórico da Enfermagem. Fawcett (2005, p. 4) descreveu que o saber da Enfermagem precisava ser classificado e estruturado em um nível decrescente de abstração, tendo proposto para tal a estrutura do conhecimento, ou como ela denominou, “holarquia estrutural do conhecimento contemporâneo da Enfermagem”. Esta estrutura tem cinco componentes hierárquicos: metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos (FIGURA 1).

FIGURA 1 - ESTRUTURA HOLÁRQUICA DO CONHECIMENTO CONTEMPORÂNEO DA ENFERMAGEM



FONTE: FAWCETT (2005).

O **Metaparadigma** é definido por Fawcett como “o conceito global que identifica o fenômeno de interesse central para a disciplina”. Representa a visão de mundo de uma disciplina e abrange os seguintes conceitos não relacionais: Seres humanos, Saúde, Enfermagem e Ambiente (FAWCETT, 2005, p. 04). Por fazer parte do objeto de estudo desta tese, o metaparadigma da enfermagem será detalhado no subitem 3.2, quando será discutida a análise de conceito na enfermagem.

A **filosofia**, segundo componente na hierarquia da estrutura holárquica do conhecimento proposto por Fawcett, também é conceituada como declaração de crenças e valores sobre os seres humanos e seu mundo, representando sua visão de mundo (MCEWEN; WILLS, 2016). Para Fawcett, a filosofia engloba três reivindicações: as ontológicas, pertinentes ao fenômeno de interesse central para a disciplina; as epistêmicas, relacionadas em como determinados fenômenos se tornam conhecidos; e as éticas, arroladas ao que os membros de uma disciplina valorizam (FAWCETT, 2005).

As reivindicações ontológicas e epistemológicas em filosofias de enfermagem refletem três contrastantes visões de mundo: visão de reação, visão de interação e visão de simultaneidade (FAWCETT, 2005).

A Visão de reação contém elementos da visão mecanicista, persistente, totalitária e de práticas determinísticas. Nela, o ser humano é compartimentado e visto como a soma das suas características biológica, psicológica, social e espiritual. Reagem a estímulos de uma forma causal, pois são considerados como inerentemente em repouso, respondendo de forma reativa a estímulos ambientais externos. As mudanças ocorrem somente para sobrevivência e como uma consequência de condições previsíveis e controláveis anteriormente, somente fenômenos objetivos e que podem ser isolados, observados, definidos e mensurados são estudados. O comportamento é considerado uma cadeia linear de causas e efeitos, ou estímulos e reações (FAWCETT, 2005).

A visão de interação relaciona-se a uma visão organísmica, holística, simultânea, de troca, integrativa e interativa, tendo as seguintes características: seres humanos são holísticos, um sistema integrado, organizado não redutível a partes distintas. Embora as partes sejam reconhecidas, elas têm significados apenas dentro do contexto de um todo, os seres humanos são ativos e as interações entre estes são recíprocas. A mudança ocorre em função de vários fatores antecedentes, é probabilística, podendo ser contínua ou apenas para sobrevivência. Mudanças no

comportamento podem ocorrer ao longo da vida como resultado de vários fatores dentro do indivíduo e dentro do ambiente. A realidade é multidimensional, dependente do contexto, e relativa. Ambos os fenômenos, objetivos e subjetivos, são estudados por métodos quantitativos e qualitativos de inquérito. O desenvolvimento do conhecimento se concentra em fenômenos objetivos e experiências subjetivas, sendo feito por meio de abordagens tanto quantitativas quanto qualitativas (FAWCETT, 2005).

A visão de simultaneidade relaciona-se com a perspectiva organísmica, simultânea, de troca e unitária e transformadora. Nesta visão, os seres humanos unitários são identificados pelo padrão de comportamento, estão em intercâmbio rítmico e mútuo com seus ambientes, mudam continuamente, de forma imprevisível e na direção da mais complexa auto-organização. Os fenômenos de interesse são o conhecimento pessoal e o reconhecimento dos padrões, as experiências interiores, sentimentos, valores, pensamentos e escolhas (FAWCETT, 2005).

Além das visões de mundo, Fawcett (2005) também se utiliza de categorias de conhecimento ao qual uma teoria deverá pertencer. Cada categoria de conhecimento aborda diferentes fenômenos, gerando um corpo de conhecimento singular sobre seres humanos, ambiente, saúde e enfermagem.

O próximo elemento que compõe a Estrutura do Conhecimento da Enfermagem, de acordo com Fawcett (2005), se refere aos **Modelos**, que são representações gráficas ou simbólicas dos fenômenos, que podem ser teóricos, não diretamente observáveis ou empíricos (MCEWEN; WILLS, 2016). O modelo conceitual é definido por Fawcett como um “conjunto de conceitos relativamente abstratos e gerais que direcionam o fenômeno de interesse central para a disciplina. São proposições que descrevem amplamente esses conceitos e formulam relações relativamente abstratas e gerais entre dois ou mais conceitos” (FAWCETT, 2005, p. 16). A função dos modelos é prover uma estrutura de referência (MCEWEN; WILLS, 2016).

A **teoria**, penúltimo componente dessa Estrutura hierárquica do Conhecimento, “consiste em um ou mais conceitos relativamente concretos e específicos que são derivados de um modelo conceitual e que formulam relações relativamente concretas entre eles”. Apesar dos diferentes termos utilizados para nomear teorias, Fawcett as descreve como grandes e médias teorias. Grandes teorias têm escopo amplo, apresentando conceitos e proposições quase tão

abstratos quanto um modelo conceitual. Já as teorias médias têm escopo mais limitado, apresentando número reduzido de conceitos e proposições, escritos num nível mais específico e concreto. No entanto, destaca-se que ambas as teorias, grandes e médias, sempre resultarão de um modelo conceitual (FAWCETT, 2005, p.18).

Finalizando a descrição sobre os componentes da Estrutura do Conhecimento segundo Fawcett, o **indicador empírico** é entendido como representante específico do mundo real, descreve instruções reais, condições experimentais e procedimentos usados para observar e medir os conceitos de uma teoria (FAWCETT, 2005; MCEWEN; WILLS, 2016). A Enfermagem tem desenvolvido uma gama de indicadores empíricos apresentados em forma de diferentes instrumentos de pesquisa bem como de uma diversidade de práticas complexas. Assim, pode-se entender que a informação obtida por um indicador empírico pode ser considerada uma típica coleta de dados para representação da prática profissional desenvolvida (WALL, 2008).

Diante do exposto anteriormente, fica evidente que o estudo das teorias bem como das partes que compõem a estrutura do conhecimento é essencial para Enfermagem como disciplina, e sua utilização na prática promove a base do conhecimento da Enfermagem, estruturado, de modo a guiar as ações da profissão. É importante enfatizar que o desenvolvimento de modelos, teorias e análise de conceitos deve estar embasado no pensamento crítico, favorecendo a evolução da disciplina e, conseqüentemente, da profissão (WALL, 2008).

3.2 ANÁLISE DE CONCEITOS NA ENFERMAGEM

Os conceitos constituem unidades básicas na linguagem do pensamento teórico (HICKMAN, 2000). Na Enfermagem, os conceitos resultaram ou foram utilizados de outras disciplinas, originados da experiência prática, do mundo natural e das pesquisas em Enfermagem (MCEWEN; WILLS, 2016).

A palavra conceito deriva do latim *conceptus*, sendo a compreensão de uma ideia ou imagem concebida na mente acerca de um evento, fenômeno ou ação (RODGERS, 2000; MCEWEN; WILLS, 2016). Entende-se que conceito seja ideia ou imagem mental complexa de um fenômeno, geralmente descrevendo os componentes de uma teoria. Pode ser classificado como observável, resultado de

sensações, ou como construto, resultado do pensamento, não sendo imediatamente acessível à observação pelos sentidos (RODGERS, 2000; FAWCETT, 2005; MCEWEN; WILLS, 2016).

As autoras Bousso, Poles e Cruz (2014) confirmam o explicitado ao referir que conceito é uma ideia ou construção mental elaborada acerca de um fenômeno e que esta construção é essencial no desenvolvimento de pesquisas.

Historicamente, o estudo sobre conceitos foi encontrado nos escritos de Aristóteles, e sua clássica abordagem de análise fundamentou métodos com o objetivo de demonstrar que os conceitos são abstrações constituídas de características essenciais de elementos ou objetos no mundo. Posteriormente, alguns filósofos, como Descartes, Locke e Kant, contribuíram para a atual discussão de conceitos, considerando a diversidade das abordagens (RODGERS, 2000).

Neste sentido, alguns autores referem que enfermeiros têm admitido que conceitos compreendem meios pelos quais os indivíduos se comunicam em qualquer sociedade (DUNCAN; CLOUTIER; BAILEY, 2007). Considerando isso, McEwen e Wills (2016) ressaltam que conceitos são os elementos ou componentes de um fenômeno necessários para entendê-lo. Tais elementos são socializados entre as pessoas, expressos por meio de linguagens ou de palavras, capazes de expressar o que ocorre na realidade.

Embora o uso das palavras seja fundamental para a comunicação, Chinn e Kramer (1995), citados por Rodgers (2000), destacam que os conceitos são mais do que termos, uma vez que representam uma formulação mental complexa da experiência, enquanto os termos servem para expressar os conceitos escritos ou pronunciados verbalmente.

Para Duncan, Cloutier e Bailey (2007), conceitos são essenciais para o desenvolvimento e o avanço da excelência da Enfermagem, tanto na teoria como na prática. Assim, destacam que os conceitos têm características evolutivas e são, constantemente, reformulados pelas experiências cotidianas e pelos conhecimentos adquiridos.

De acordo com Walker e Avant (2005; 2011), a análise de conceitos permite distinguir e esclarecer alguns conceitos vagos que são prevalentes na Enfermagem, incrementa a validação do construto e, assim, colabora para o desenvolvimento de uma linguagem padronizada para descrever a prática da enfermagem.

Neste sentido, a ênfase na análise e desenvolvimento de conceitos na enfermagem tem aumentado na última década, pois os pesquisadores têm se proposto a elucidar problemas que anteriormente permaneciam no senso comum. Isto ocorre porque alguns conceitos, que podem até ser óbvios, incluem terminologia vaga, ambiguidade de definições e inconsistência entre as teorias (BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014).

Como exemplo, cita-se o estudo realizado por Mangueirai e Lopes (2014), que teve como objetivo analisar o conceito de família disfuncional no contexto do alcoolismo. O estudo confirma as ideias das autoras citadas anteriormente por ter reforçado a necessidade de esclarecer o conceito no intuito de ampliar a compreensão de todos os aspectos que o envolvem. Também concluiu que o conhecimento abrangente do fenômeno família disfuncional poderá fornecer embasamento para o enfermeiro diagnosticar, planejar e intervir de modo mais eficaz junto aos indivíduos alcoolistas e à sua família. Assim, a análise do conceito família disfuncional no contexto do alcoolismo permitiu maior aproximação com a temática, de forma a clarificar algumas ideias, mas também a suscitar indagações, tendo em vista que o conceito se revelou amplo, complexo e subjetivo.

Já outro estudo desenvolvido por Balduino et al. (2013), que teve como objetivo analisar o conceito de autogestão do indivíduo hipertenso, possibilitou o entendimento dos atributos, antecedentes e consequentes deste conceito, de modo a defini-lo como “processo dinâmico e ativo, que requer conhecimento, atitude, disciplina, determinação, comprometimento, autorregulação, empoderamento e autoeficácia, com vistas a gerir a doença para o alcance do viver saudável”. No entanto, apresentou como limitação do estudo a dificuldade de aprofundamento no tema em foco devido às poucas bases literárias existentes.

Cabe destacar o porquê de o estudo dos conceitos ser considerado essencial, pois, além de permitir aos profissionais compreender claramente o que certos termos correntes significam, é com base neles que as teorias são construídas. Assim, a análise e a elaboração do significado dos conceitos permitem ao pesquisador especificar sua definição para posterior aplicação prática (BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014).

No ano de 1960, Wilson desenvolveu um processo para a análise de conceito cuja proposição era que essa análise poderia fornecer subsídios fundamentais para clarificar o pensamento. O método usado por Wilson apresentava

onze etapas, sendo elas: isolar as questões do conceito (fato, valores, conceito); obter respostas certas (centradas na essência do conceito); construir caso modelo ou exemplar do conceito; construir casos contrários ou contra exemplos do conceito; construir casos afins ou relacionados; elaborar casos limítrofes (ilustram atributos que extrapolam aqueles do conceito em foco); elaborar casos inventados (quando a prática não oferece subsídios para a construção de casos reais); analisar o contexto social (campo de entendimento e circunstâncias particulares que envolvem o conceito); analisar a expressão de anseio subjacente (referida no contexto social); observar resultados práticos (aplicáveis às situações reais); e verificar resultados na linguagem (aplicação na produção de conhecimentos) (RODGERS, 2000).

Com base no método de Wilson, as autoras Walker e Avant, em 1983, propuseram um modelo sistemático de análise conceitual para enfermeiros, mostrando que, com o passar do tempo, os conceitos vão se modificando, devendo-se, em vista disso, ter consciência da qualidade dinâmica das ideias e das palavras que expressam essas ideias (RODGERS, 2000).

Na análise de conceito proposta por Walker e Avant, são operacionalizadas oito etapas: 1) seleção do conceito; 2) determinação dos alvos; 3) finalidades e objetivos da análise conceitual; 4) identificação dos possíveis usos do conceito; 5) determinação dos atributos críticos, definidores ou essenciais; 6) construção de casos modelo e desenvolvimento de outros casos; 7) identificação de antecedentes e consequentes do conceito; e 8) definição de referentes empíricos (WALKER; AVANT, 2005).

Além do modelo proposto por Walker e Avant, bastante utilizado na enfermagem, Rodgers (2000) refere que existem outros métodos para análise e desenvolvimento de conceitos, como o Método Evolucionário de Análise de Conceitos, descrito por Rodgers em 1989, e o Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos, proposto por Schwartz-Barcott e Kim no ano de 1986.

O método Evolucionário de Análise de Conceitos de Rodgers é constituído de seis etapas: 1) identificar o conceito de interesse e as expressões associadas; 2) selecionar um campo para a coleta de dados; 3) apontar os dados relevantes acerca dos atributos do conceito, das bases contextuais; 4) analisar as informações acerca das características do conceito; 5) identificar, caso necessário, um exemplo de conceito; e 6) definir as implicações e hipóteses para o desenvolvimento do conceito (RODGERS, 2000).

Já o Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos combina a análise teórica com a pesquisa de campo para apresentação da definição do conceito. Este método é constituído de três fases: 1) fase teórica, na qual se esboça a definição do conceito por meio da literatura; 2) fase de campo, que utiliza métodos qualitativos para coletar e analisar os dados referentes ao conceito estudado; e 3) fase analítica final, em que ocorre a integração das duas fases anteriores (RODGERS, 2000).

Neste estudo, o método de análise conceitual escolhido foi o de Walker e Avant, que será explanado no item 5, referente à metodologia.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Paradigma psicossocial

O referencial teórico adotado como base para sustentação das reflexões no empreendimento científico desta tese foi o Paradigma Psicossocial, responsável por amparar os resultados e as discussões do estudo como um todo.

Nas últimas décadas, o conjunto das forças sociais tem-se refletido no contexto particular das práticas em saúde mental, configurando dois modelos paradigmáticos vigentes: o Modo Asilar e o que se opõe a ele, o Psicossocial. Um dos estudos que caracterizam estes dois contrapontos é intitulado “O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar”, de autoria de Abílio Costa-Rosa (2000). Para que possam ser considerados paradigmas distintos, esses dois “modos” necessitam ser contraditórios, não somente diferentes.

Costa-Rosa (2000) considera que o Paradigma Psicossocial tem que ser radicalmente diferente, ter bases e constituir ações que se encaminham em sentidos opostos, para que, assim, possa se constituir como alternativo ou substitutivo do modo asilar. Para tanto, o Modelo Asilar e o Psicossocial apresentam diferenças entre si observadas em termos dos saberes e das práticas, bem como do discurso que os articula. Neste sentido, o Paradigma Psicossocial analisa criticamente as relações entre estes dois modelos teórico-práticos para o campo da saúde mental nas ações em saúde, com base na existência humana em sua complexidade (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2001; 2003).

A origem do termo psicossocial, segundo Amarante (2007), remonta aos anos 40 do século XX, quando as pessoas com transtorno mental passaram a ter direito a optar por diferentes formas de tratamento. Para tanto, o autor cita George Rosen para explicar que o vocábulo psicossocial surgiu do livro *Psychosocial Medicine*, de autoria de James L. Halliday, publicado em 1948. Amarante afirma que o psicossocial tem origem na ideia de que as mudanças que ocorrem na sociedade interferem no comportamento biológico, na saúde mental e social da população.

Costa-Rosa, Yasui e Luzio (2003) concordam que o Modelo Psicossocial tenha originado de duas vertentes: a primeira vertente originou-se da transformação da prática médica na tentativa de integração da dimensão social presente na

produção das enfermidades, enquanto a segunda, das experiências de Reforma da Psiquiatria, agregando ao seu objeto aspectos psíquicos e sociais, deslocando a ênfase da doença para centrá-la na pessoa em sofrimento.

O Modelo Psicossocial no Brasil foi inspirado diretamente nas experiências no campo da Saúde Mental de outros países, sobretudo da psiquiatria de setor e psicoterapia institucional na França; antipsiquiatria e comunidade terapêutica na Inglaterra; saúde mental comunitária nos Estados Unidos; e psiquiatria democrática na Itália (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2001; 2003).

No Brasil, o Modelo Psicossocial ganhou força com o Movimento de Reforma Psiquiátrica (MRP) surgido no final dos anos de 1970, tendo como base essencialmente as experiências do médico Franco Basaglia na Itália e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no Brasil, que passou a protagonizar os anseios e as iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional. Este movimento promoveu transformações nos modos de conceber e estruturar a instituição psiquiátrica, tendo como dispositivos os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS) e (NAPS), e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que passaram a ter implicações éticas distintas das práticas asilares, visando a colocar a complexidade do ser humano como princípio das discussões teórico-práticas (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2001; 2003; AMARANTE, 2006; 2007).

Embora a palavra reforma não contemple a amplitude deste processo, podendo ser associada a mudanças meramente superficiais, ou mudanças para não mudar, é um conceito consagrado que guarda estreita e profunda ligação histórica com o Movimento Sanitário e a Reforma Sanitária. Este processo envolve, ainda, desinstitucionalizar o paradigma psiquiátrico, ou seja, reconstruir a complexidade do objeto, desmontando o conceito de doença, retomando o contato com a existência e o sofrimento do sujeito e sua ligação com o corpo social, não mais para curar, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência. (YASUI, 2006, p. 15).

O processo da RPB está fundamentado na Política Nacional de Saúde Mental e utiliza-se do Paradigma Psicossocial como uma das possibilidades de abordagem teórica para visualizar a prática das intervenções transformadoras (RODRIGUES, 2010). Este processo tem questionado não só as práticas e modelos institucionais vigentes, mas também os conceitos e saberes que dão fundamento e legitimidade a tais práticas (AMARANTE, 2007).

Assim, Amarante (1999) caracteriza a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, destacando que as transformações ocorridas na área da saúde mental brasileira, que permitem melhor visualização das *práxis* da atenção psicossocial, abrangem quatro dimensões principais, sendo elas: teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-assistencial se refere ao campo da produção de saberes, envolvendo as produções teóricas que tentam definir um novo objeto de conhecimento. Busca a desconstrução de conceitos e práticas sustentados pela psiquiatria nas suas visões acerca da doença mental (AMARANTE, 1999). De acordo com Yasui (2006), não se trata apenas de negar, romper, mas também de produzir novas noções e conceitos, articulando diferentes disciplinas, unindo forças para construção de um novo paradigma no campo da Saúde Mental.

Na dimensão técnico-assistencial, a Reforma Psiquiátrica tem deixado mais visíveis suas inovações, tem-se construído uma rede de novos serviços, que são espaços de sociabilidade em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Isto tem propiciado contato com o indivíduo, rompendo com as práticas disciplinares, aumentando a possibilidade de recuperação do seu papel de cidadão. Neste campo, as transformações se destacam pela criação de novos dispositivos de cuidado em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Hospital Dia, Centros de Convivência, Cooperativas de trabalho, entre outros, bem como na sua forma de organização e gestão, promovendo instituições abertas com participação e cogestão com os usuários e a população (AMARANTE, 1999).

A dimensão jurídico-política propõe a revisão das legislações que envolvem pessoas com transtornos mentais e tenta instaurar a construção de novas possibilidades de ingresso social. Luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal, referentes ao transtorno mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social (AMARANTE, 1999).

Entretanto, Yasui (2006) propõe chamar esta dimensão como “política”, pois acredita que o termo jurídico colocado à frente, embora não seja essa a imagem fundamental, remete a uma ênfase nas mudanças das leis, ideia que minimiza a real abrangência desta dimensão por defender que o sentido da alteração é salientar o processo de ação de protagonistas em diferentes segmentos sociais (movimento

social, reforma do Estado, universidades, entre outros). Estas ações objetivam construir uma nova pactuação de poder, lutando para dar voz a quem não tem direito, a quem não é cidadão, assim, defendendo ser uma luta política para uma transformação social.

Por último, destaca-se a dimensão sociocultural que tem por objetivo transformar o imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental e a anormalidade, buscando práticas sociais de solidariedade e inclusão dos diferentes (AMARANTE, 1999). Além disso, Yasui (2006) refere que essa dimensão tem:

Um imaginário social, construído historicamente para a loucura, para a diferença. Um imaginário que desqualifica ("Isso é coisa de louco!"), que exclui ("Lugar de louco é no hospício!"), que teme ("Louco é perigoso e agressivo!"), que infantiliza ("Que bonitinho! Nem parece feito por louco!"). Provocar a sociedade a refletir sobre sua relação com a loucura, com objetos e ações culturais. Transformar, como diz Boaventura Souza Santos, o conhecimento e as práticas em um senso comum emancipatório. Enfim, produzir uma transformação deste imaginário é o grande desafio desta dimensão (YASUI, 2006, p.98).

No entanto, o Brasil passa por um período em que existe a ampliação dos serviços, de consolidação da Reforma Psiquiátrica como política pública, em um contexto social, político e econômico desfavorável à implementação de políticas sociais redistributivas, assim, cada dimensão apresenta um conjunto de desafios que se fazem urgentes e necessários a serem enfrentados (YASUI, 2006).

Resgatando a ideia inicial de que existem dois modelos que fundamentam a atuação dos profissionais na área da Saúde Mental, Costa-Rosa (2000) afirma que só é possível a existência de dois modelos alternativos quando eles forem contraditórios. Neste sentido, enfatiza que dois modelos serão contraditórios se suas práticas se encaminharem em sentidos opostos quanto a seus princípios fundamentais.

Não será, portanto, com critérios como o de bom ou mau, melhor ou pior, humano ou desumano, democrático ou autocrático etc., que poderemos caracterizar a alternatividade de dois modos de ação em saúde mental. Por exemplo, podemos concordar que um modelo 'hospitalocêntrico' e 'médico-centrado' é diferente de um modelo centrado no ambulatório e no trabalho da equipe multiprofissional; percebemos, porém, que nem por isso os dois são alternativos, pois tanto o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de 'depositário', que é do hospital psiquiátrico, por exemplo, quanto a equipe interprofissional, pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficácia das suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa; assim como pode continuar se situando como sujeito da especialidade (da disciplina) perante a clientela concebida como objeto inerente de sua intervenção (COSTA-ROSA, 2000, p. 145).

Pelo exposto, é possível perceber que as transformações no modelo de cuidar na área da Saúde Mental acontecem de modo processual, gradualmente, permitindo a coexistência de dispositivos que se orientam por concepções não conciliáveis. Desse modo, Costa-Rosa (2000) nomeia o conjunto das práticas promovidas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica como Modelo Psicossocial, em um movimento dialético de contradição ao modelo psiquiátrico tradicional, que afirma ser o modelo dominante nas práticas de saúde mental. Sugere o autor que, para configurar a transformação do paradigma de atenção capaz de superar o modelo asilar, é imprescindível que a prática preencha algumas condições relativas a mudanças radicais em quatro âmbitos: *Concepção do objeto e dos meios de trabalho; Concepções das formas da organização institucional; Modalidades do relacionamento com os usuários e a população; e Concepção da finalidade em termos terapêuticos e éticos.*

Concepção do objeto e dos meios de trabalho: a atenção psicossocial caracteriza-se pela transformação nas concepções do objeto e na participação e implicação do sujeito no tratamento, tendo como meio de trabalho a equipe interprofissional, que, pelo intercâmbio entre seus saberes e práticas, supera radicalmente o modelo asilar (QUADRO 1) (COSTA-ROSA, 2000).

O Modo Asilar é aquele no qual o objeto é determinado organicamente e, conseqüentemente, o meio (instrumento) básico é o medicamento. Não existe a pessoa em sofrimento que participa do tratamento, no máximo, existe o indivíduo e, comumente, não é sequer o corpo, mas o organismo, o destinatário principal das ações, uma vez que o principal instrumento é o medicamento, e sua ação química se dá nos tecidos e órgãos. O indivíduo é o doente, o centro do problema e as intervenções são centradas nele (COSTA-ROSA, 2000).

Neste modo de atenção, quando o tratamento, basicamente medicamentoso, inclui recursos multiprofissionais, as tarefas são fragmentadas como na produção comum de mercadorias. Não existem encontros para discussão do trabalho, apenas o prontuário é o elo entre os diferentes profissionais. A instituição típica é o hospital psiquiátrico. Os dispositivos extra-hospitalares podem existir em proporção infinitamente inferior e funcionando segundo a lógica do hospital. As metas do tratamento serão a hospitalização e a administração de medicamentos (COSTA-ROSA, 2000).

Enquanto no Modo Psicossocial, os fatores políticos e biopsicosócio culturais são determinantes para a definição de seu objeto e dos instrumentos. A pessoa em sofrimento é o participante principal de todo o processo de tratamento e sua mobilização neste sentido é fundamental. Essa pessoa pertence a um grupo familiar e social e, nessa relação, são considerados o indivíduo, a família e a sociedade. O sofrimento psíquico não tem que ser removido a qualquer custo, é integrante da existência, é elemento componente do patrimônio inalienável da pessoa. A contribuição da psicanálise e do materialismo histórico nas suas formulações, relacionadas à constituição da pessoa como ser humano e da sua subjetividade, permite essa oposta delimitação de objeto em relação ao Modo Asilar (COSTA-ROSA, 2000). Os instrumentos, técnicas e meios básicos de intervenção extrapolam a administração de medicação, envolvendo terapias individuais e em grupo e vários outros dispositivos de reintegração social.

Nessa concepção, os dispositivos institucionais são os Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial, Ambulatórios de Saúde Mental, Equipes de Saúde Mental, inseridos em Centros de Saúde e Setores de Tratamento em Saúde Mental em Hospitais Gerais (COSTA-ROSA, 2000).

Há necessidade de que esses recursos superem quantitativamente os recursos asilares e se organizem segundo uma lógica contrária oposta à do hospital psiquiátrico. O meio de trabalho característico é a equipe “interprofissional”, isto significa ser mais do que o aglomerado de profissionais de uma equipe “multiprofissional”, além de comportar outros membros que extrapolam a constituição tradicional das equipes terapêuticas como pessoas que desenvolvem atividades de teatro, artesanato, dança e outras. A divisão de trabalho está orientada para a superação do trabalho de “linha de montagem” e os profissionais se articulam na busca de novas formas de sociabilidade, para além das relações hierárquicas (COSTA-ROSA, 2000, p.155).

QUADRO 1 – PONTOS CENTRAIS DA OPOSIÇÃO DO MODO ASILAR AO PSICOSSOCIAL NA CONCEPÇÃO DO OBJETO E DOS MEIOS DE TRABALHO.

ASILAR	PSICOSSOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ênfase nas determinações orgânicas dos problemas; - A base da intervenção é a medicação; - Apresenta pouca ou nenhuma consideração da existência do ser subjetivo; - O organismo é o foco principal das ações; - O prontuário é o elo de interconexão dos profissionais da equipe; - O hospital psiquiátrico fechado é a instituição típica, porém também se encontram dispositivos extra-asilares que funcionam segundo os mesmos parâmetros e lógica deste hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ênfase nas determinações políticas e biopsico-socioculturais; - Importância atribuída ao sujeito como participante principal do tratamento; - Participação da família no tratamento (associação de usuários e familiares); - Ênfase na reinserção social do indivíduo, principalmente quanto às formas de recuperação da cidadania; - A terapêutica é desenvolvida por uma equipe interdisciplinar, que inclui uma série de dispositivos e formas de intercâmbio das suas visões teórico-técnicas e das suas práticas. Dispositivos institucionais típicos como CAPS, NAPS, Ambulatórios de Saúde Mental, equipes multiprofissionais de Saúde Mental, Centros de Saúde e Hospitais Gerais. Diferentes meios de intervenção: psicoterapias, laborterapias, socioterapias e dispositivos de reintegração sociocultural, com destaque para as cooperativas de trabalho, além da medicação.

FONTE: COSTA-ROSA (2000).

Concepções das formas da organização institucional: este âmbito refere-se ao modo como as relações interinstitucionais acontecem, como, por exemplo, a dimensão organogramática que conjuga as diferentes possibilidades de metabolização do poder (QUADRO 2) (COSTA-ROSA, 2000).

No Modo Asilar, os organogramas típicos são piramidais ou verticais, o fluxo de poder é na direção ápice-base e essa verticalização dos organogramas imprime a mesma configuração às práticas terapêuticas e às relações com os usuários e a população, que são considerados objetos inertes e mudos (COSTA-ROSA, 2000).

No Modo Psicossocial, os organogramas são horizontalizados, subverte-se o fluxo de poder anterior no mesmo sentido de todo o movimento de descentralização, participação e controle social da Reforma Sanitária. Todas as dimensões da instituição são postas a serviço das práticas de atenção. Há participação da população no poder decisório e político com atuação das associações de usuários e familiares, instrumentalizada por assembleias de usuários, familiares e trabalhadores e outros mecanismos (COSTA-ROSA, 2000).

QUADRO 2 - PONTOS CENTRAIS DA OPOSIÇÃO DO MODO ASILAR AO PSICOSSOCIAL NAS CONCEPÇÕES DAS FORMAS DA ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL.

ASILAR	PSICOSSOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> - O fluxo do poder institucional é unidirecional, os organogramas apresentados são piramidais ou verticais; - Há espaços institucionais interditados ao usuário e à população em geral; - Existe a estratificações de poder e saber. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os organogramas são apresentados de forma horizontal; - Todas as dimensões da instituição estão a serviço da técnica e da ética, e as decisões geralmente são tomadas pelas diversas assembleias de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde Mental.

FONTE: COSTA-ROSA (2000).

Modalidades do relacionamento com os usuários e a população:

existem diferentes possibilidades de mútuo intercâmbio, com destaque para a oferta de possibilidades transferenciais por parte da instituição (QUADRO 3) (COSTA-ROSA, 2000).

No Modo Asilar, o relacionamento tem as características de um espaço de relação entre loucos e sãos, ou sábios e ignorantes, ou seres dotados de razão e seres insensatos. A instituição é o local depositário dos problemáticos de uma determinada região. Reproduz de forma otimizada as relações intersubjetivas verticais típicas do modo capitalista de produção. A instituição é local de tutoria e agenciadora de suprimentos para uma população carente. Pressupõe uma estratificação da atenção nos níveis primário, secundário e terciário (COSTA-ROSA, 2000).

No Modo Psicossocial, a instituição é um espaço de interlocução, a pessoa participa de um diálogo, não inquérito, nem monólogo. A instituição é o local de fala e de escuta da população e interage com outros dispositivos sociais para dar continuidade a este diálogo com a população. A organização institucional pressupõe a integralidade em relação ao território e ao ato terapêutico (COSTA-ROSA, 2000).

QUADRO 3 - PONTOS CENTRAIS DA OPOSIÇÃO DO MODO ASILAR AO PSICOSSOCIAL NAS MODALIDADES DO RELACIONAMENTO COM OS USUÁRIOS E A POPULAÇÃO.

ASILAR	PSICOSSOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> - A instituição é um espaço de relação entre doentes e sãos; - A instituição é <i>lócus</i> diante de uma clientela considerada carente; - Interdição do diálogo produzindo um discurso que fixa o usuário à imobilidade e ao mutismo; - Em relação à produção de subjetividade, há reprodução das relações intersubjetivas verticais, típicas do modo capitalista de produção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço de interlocução preconizando a colocação em cena da subjetividade e das práticas de intersubjetividade horizontal; - A instituição funciona como ponto de fala e de escuta da população; - Organização programática em forma de equipamentos integrais; - A integralidade ocorre em relação ao território e ao ato terapêutico.

FONTE: COSTA-ROSA (2000).

Concepção da finalidade em termos terapêuticos e éticos: implicações éticas dos efeitos de suas práticas em relação aos termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos (QUADRO 4) (COSTA-ROSA, 2000).

No Modo Asilar, há uma remoção ou tamponamento dos sintomas, que resulta em hipertrofia dos defeitos do tratamento, como a cronificação e a dependência de medicamentos, entre outros efeitos. A adaptação é a ética que caracteriza o modo asilar (COSTA-ROSA, 2000). Enquanto, no Modo Psicossocial, há um reposicionamento subjetivo em oposição à somente supressão dos sintomas. Reconhece-se que o modo capitalista de produção e a ideologia individualizante dificultam as relações intersubjetivas horizontais. A ética das práticas psicossociais tem como meta a implicação subjetiva e sociocultural (COSTA-ROSA, 2000).

QUADRO 4 - PONTOS CENTRAIS DA OPOSIÇÃO DO MODO ASILAR AO PSICOSSOCIAL NA CONCEPÇÃO DA FINALIDADE EM TERMOS TERAPÊUTICOS E ÉTICOS.

ASILAR	PSICOSSOCIAL
- Existe uma hipertrofia nos métodos de tratamento, como a cronificação asilar, decorrente de um entendimento do tratamento centrado na supressão ou no tamponamento dos sintomas.	- Propõe o reposicionamento subjetivo, levando em conta a dimensão sociocultural. As implicações subjetivas e socioculturais são metas radicais quanto à ética das práticas; - Reconhecem-se a saúde e a saúde mental como direito de o ser humano ser diferente.

FONTE: COSTA-ROSA (2000).

Avanços isolados numa ou noutra área não se mantêm se não forem seguidos de transformações mais amplas que abranjam esses quatro aspectos, pois tenderão a ser atraídos e anulados pela tendência dominante. Portanto, não se pode crer que avanços na dimensão técnica se manterão se não compuserem um quadro amplo de transformações, assim como os avanços na dimensão político-institucional, com a determinação legal de criação de CAPS e outras instituições não hospitalares, se sustentarão sem a correspondente base teórico-prática de orientação psicossocial (COSTA-ROSA, 2000).

Diante do exposto, percebe-se que o Paradigma Psicossocial envolve muito mais do que a implantação de novos dispositivos de atenção em saúde mental, está diretamente relacionado à desconstrução do saber médico-psiquiátrico, que estruturou a história da saúde mental anterior, focado na doença, não no ser humano. Nesse novo paradigma político, social, científico e assistencial, instituído pela Reforma Psiquiátrica, o sofrimento humano é o principal objeto da abordagem terapêutica (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2001; 2003;

AMARANTE, 2006; 2007). Para tanto, também são necessárias uma nova formação e uma conscientização dos profissionais de saúde, voltadas a contemplar a humanização, a singularidade do sujeito e seu sofrimento. São necessários ainda profissionais desenvolvendo cuidados voltados à inclusão, ao acolhimento, à compreensão e à ampliação da cidadania (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2001; 2003; AMARANTE, 2006; 2007).

5 METODOLOGIA

A pesquisa é um processo formal, racional, minucioso e sistemático de desenvolvimento do método científico. Através dela, é possível a construção de conhecimento para a compreensão e solução de problemas (GIL, 2002). Pode-se caracterizá-la como um trabalho em espiral, visto que se origina de um problema finalizado com um resultado capaz de suscitar novas indagações. Visando a garantir à pesquisa caráter científico, é necessária a utilização de métodos, técnicas e outros procedimentos adequados que levem a alcançar os objetivos delineados, de modo a se tornar atividade planejada, sistematizada e com rigor metodológico (POLIT; BECK, 2011).

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa do tipo pesquisa teórica.

A escolha pela pesquisa qualitativa ocorreu pela crença de que ela permite o enriquecimento do saber, considerando a construção de elementos que esclarecem a complexidade dos acontecimentos e fatos, sendo o pesquisador o próprio instrumento de pesquisa e os resultados apresentados segundo os conhecimentos originais produzidos do seu desenvolvimento (SOUZA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2015).

Ressalta-se que a pesquisa qualitativa oferece a oportunidade de visualizar o objeto, considerando sua especificidade, suas determinações históricas e as relações entre significados que permeiam as possibilidades de conhecer, analisar, interpretar e reconstruir este significado diante de novas realidades (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa teórica, segundo Demo (2000, p. 20), é “dedicada a reconstruir teoria, conceitos, ideias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos”. É orientada no sentido de reconstruir quadros de referência, condições explicativas da realidade, polêmicas e discussões pertinentes. O autor refere que este tipo de pesquisa tem papel decisivo na criação de condições para a intervenção da realidade. Considerando que este estudo trata de uma análise de conceitos, este método foi escolhido para seu desenvolvimento por entender que possibilita a elucidação do fenômeno.

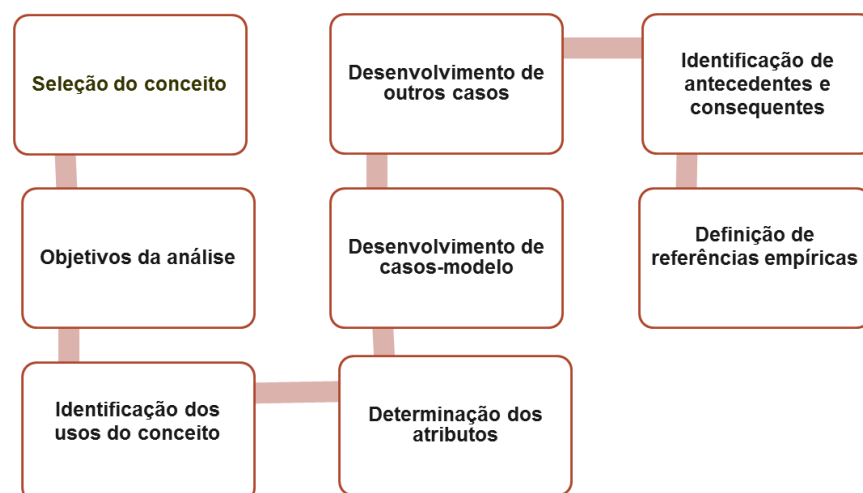
Como o objeto deste estudo é desenvolver uma análise conceitual para o cuidado de enfermagem em saúde mental, fez-se necessária a escolha de uma técnica para sua condução. Neste sentido, Rodgers (2000) refere que existem diversas técnicas para análise de conceito, sendo necessário ao pesquisador a escolha de qual seja a mais adequada ao seu estudo. Deste modo, optou-se pela técnica de Walker e Avant (2005), descrita no item 5.2 deste estudo.

Esta escolha se deu por entender que ela permite promover e facilitar a comunicação por meio da compreensão do fenômeno de interesse, auxilia no esclarecimento de termos excessivamente vagos prevalentes na prática e padroniza a linguagem para o cuidado de enfermagem.

5.2 DESCRIÇÃO DA ANÁLISE CONCEITUAL

Como referido anteriormente, a técnica de Walker e Avant (2005; 2011) compreende oito etapas, FIGURA 2, adaptadas das 11 sugeridas por Wilson em 1963, as quais, embora alguns passos ocorram simultaneamente, estão descritas, a seguir, de forma sequencial.

FIGURA 2: ILUSTRAÇÃO DAS ETAPAS DA ANÁLISE CONCEITUAL DE WALKER E AVANT.



FONTE: WALKER; AVANT (2005).

5.2.1 Seleção do conceito

A primeira etapa para Walker e Avant (2005) é uma das mais difíceis de ser executada, visto que a escolha de um conceito para sua análise implica exercício formal, rígido, no qual o pesquisador faz exaustivas buscas e leituras que demandam tempo e dedicação.

Os conceitos estabelecidos para serem analisados neste estudo, que compõem o metaparadigma da Enfermagem, foram escolhidos em parte pela inquietação surgida na trajetória de estudos da pesquisadora, somados à necessidade de sua elucidação junto ao emergente Modelo Psicossocial que sustenta a prática dos profissionais da área da Enfermagem em Saúde Mental em face do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Desta maneira, neste estudo, os conceitos selecionados para serem analisados correspondem ao metaparadigma da Enfermagem, que se mostraram importantes para o exercício de uma prática em saúde mental fundamentada pelo entendimento e construção teórica relativa aos conceitos que permeiam o cuidado de enfermagem no Modelo Psicossocial. Uma vez que se constatou uma diversidade de terminologias em uso para um mesmo significado nas descrições e discussões de diferentes autores nas produções científicas da enfermagem em saúde mental, tal elucidação se mostrou importante e necessária para o desenvolvimento desta tese, como contribuição para o corpo de conhecimento específico desta área.

Como apresentado anteriormente, para este estudo, **Ser Humano** se refere ao Ser humano em saúde mental; **Saúde**, ao estado de saúde mental; **Enfermagem**, a Enfermagem em saúde mental; e **Ambiente** se refere a ambiente em saúde mental.

5.2.2 Objetivos da análise

A análise de conceito pode ter diferentes objetivos: esclarecer o significado de um conceito, desenvolver uma definição operacional e adicionar/renovar uma teoria existente, entre outros (WALKER; AVANT, 2005; 2011). Neste estudo, o objetivo da análise foi esclarecer o significado de conceitos e ensaiar uma nova definição deles dentro da perspectiva do Modelo Psicossocial, reafirmada essa importância pela constatação na leitura das teses na área da Saúde Mental,

produzidas por enfermeiros nos programas de pós-graduação em enfermagem no Brasil. Tais conceitos permeiam, incessantemente, o cuidado de enfermagem em saúde mental, sendo assim, sua elucidação à luz das construções teóricas publicadas em consonância com as políticas vigentes de atendimento em saúde mental e confrontadas com o modelo psicossocial poderá contribuir para a construção do conhecimento para uma prática de cuidado fundamentada e condizente com as necessidades da pessoa em sofrimento psíquico.

5.2.3 Identificação dos usos do conceito

Nessa etapa, os autores sugerem que seja feito o exercício de identificar a maior variedade possível de aplicações do conceito (WALKER; AVANT, 2005; 2011). Para vencer esta etapa, foi realizada análise crítica nas teses de enfermagem produzidas no Brasil na área de Saúde Mental. Para tanto, foi feita uma revisão integrativa, segundo Ganong (1987), com o objetivo de conhecer a produção científica na área da saúde mental em formato de teses produzidas por enfermeiros nos programas de pós-graduação em Enfermagem e identificar como os conceitos são aplicados nestas produções.

A busca das teses foi feita pela autora nos meses de março a maio de 2015 e repetido nos meses de fevereiro e março de 2017 para garantir que os estudos concluídos no ano de 2016 fossem incluídos como fonte de dados. A busca foi feita no banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no acervo geral e no banco de teses e dissertações das bibliotecas das universidades públicas com curso de doutorado aprovado pela CAPES, ANEXO1, e nas páginas dos programas de pós-graduação em enfermagem vinculados à CAPES.

Como critério de inclusão, optou-se por teses de saúde mental disponibilizadas na íntegra independentemente do recorte temporal, como critérios de exclusão, as teses de saúde mental que não foram defendidas por enfermeiros, que não estavam disponíveis eletronicamente na íntegra e que abordaram o tema de saúde mental relacionado a álcool e outras drogas, saúde mental da criança e adolescente, saúde do trabalhador, saúde da mulher, entre outros.

Os descritores empregados para a busca nos bancos de dados foram (“enfermagem” AND “saúde mental” AND “psiquiatria”), de acordo com o DeCS, que

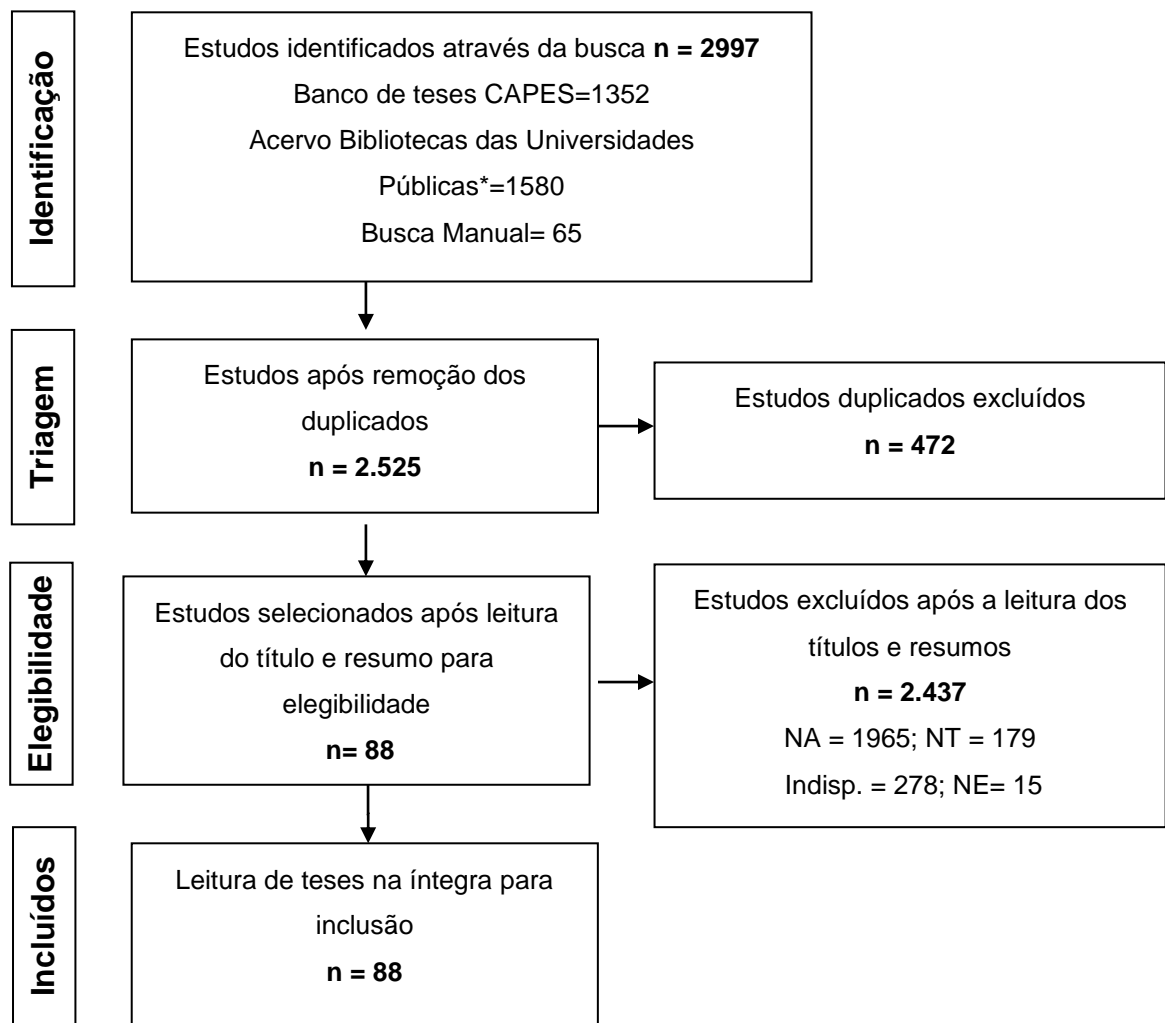
determinaram o achado de 2997 estudos. As buscas foram feitas no banco de teses da CAPES, 1352 estudos; no acervo no banco de teses e dissertações das bibliotecas das universidades públicas, 1580 teses; e ainda foram feitas buscas manuais nos *sítes* dos programas de pós-graduação em enfermagem vinculados à CAPES, a fim de diminuir o risco de não inclusão de estudos. Deste modo, por meio da disponibilização de uma relação a respeito da produção acadêmica do programa, foram selecionadas mais 65 teses, localizadas de acordo com o título referente à área de saúde mental. Cabe informar que nem todos os programas disponibilizam e/ou atualizam suas produções de teses e dissertações em sua página virtual.

A **primeira seleção** dos estudos ocorreu pela exclusão de títulos duplicados nos três diferentes locais de busca, o que permitiu a exclusão de 472 estudos. Ao fazer a busca das teses, os resultados incluíam as produções de dissertações e alguns artigos de enfermagem em saúde mental, deste modo a **segunda seleção** foi identificar somente as teses, resultando na exclusão de 1.965 estudos. A **terceira seleção** ocorreu por meio da leitura dos títulos e resumos das teses, com o intento de identificar as teses que não se aplicavam à temática do estudo como saúde mental relacionada a álcool e outras drogas, saúde mental da criança e adolescente, saúde do trabalhador, saúde da mulher, entre outros. Nesta fase, foram excluídas 179 teses. Cabe ressaltar que, nos casos de dúvidas, ou quando somente o resumo não permitia essa definição, manteve-se a tese para a fase de leitura dos textos completos. Na **quarta seleção**, foram selecionadas as teses disponíveis *on-line* na íntegra, sendo excluídas mais 278 teses, que tinham somente os resumos disponíveis. A **quinta fase de seleção** ocorreu por meio da consulta ao currículo *lattes* dos autores das teses, a fim de identificar profissionais que não eram enfermeiros e cursaram o doutorado nos programas de pós-graduação *stricto sensu* de Enfermagem. Nesta etapa, foram excluídas 15 teses.

Destarte, foram incluídas neste estudo todas as 88 teses desenvolvidas por enfermeiros em saúde mental, publicadas e disponíveis em meio eletrônico na íntegra, sem limites de tempo, como pode ser observado na FIGURA 3. A não delimitação do tempo se justifica pela necessidade de entender a evolução dos conceitos escolhidos para alcançar o objetivo desta tese, diante das transformações ocorridas já citadas no item Introdução e Revisão de literatura, na história do tratamento na área da Saúde Mental do Modelo Asilar ao Psicossocial.

Após a seleção das teses para este estudo, foi feita uma leitura na íntegra de cada uma delas de forma analítica para reconhecer os delineamentos possíveis dos elementos que envolvem os conceitos *ser humano, saúde, enfermagem e ambiente em saúde mental*, tanto antecedentes quanto atributos ou consequentes.

FIGURA 3 – FLUXOGRAMA DAS ETAPAS METODOLÓGICAS DA REVISÃO



FONTE: A autora (2017).

* De acordo com a relação do anexo 1.

Legenda: NA = não se aplica, pois não é tese; NT = não se refere à temática; Indisp. = tese indisponível eletronicamente na íntegra; NE = não foi produzida por enfermeiro.

5.2.4 Determinação dos atributos definidores

Também chamados de atributos críticos, palavras e/ou expressões utilizadas com frequência pelos autores para descrever as características e as propriedades que determinam o conceito de interesse. Estas características atuam como elementos para diagnósticos diferenciais, isto é, para discriminar expressões pertinentes ao conceito daquelas que não o são (WALKER; AVANT, 2005; 2011).

Os atributos podem variar de acordo com o contexto em que estão inseridos, assim, devemos identificar os atributos mais frequentemente associados com o conceito, nos mais distintos contextos possíveis (WALKER; AVANT, 2005; 2011). Isto lhe confere um caráter de amplitude, dando maior possibilidade de uma análise fidedigna de sua construção e aplicação.

Os atributos agregam uma definição real do conceito, diferente da definição nominal disponibilizada pelos dicionários, que somente substituem uma palavra ou expressão por outra sinônima (RODGERS, 2000). Destarte, os atributos são parte integrante de um conceito, correspondendo às suas características. Segundo Walker e Avant (2005; 2011), a agregação desses atributos tipifica e particulariza o conceito.

Para a identificação dos atributos nas teses, fez-se uso das seguintes questões: *Como estão descritos os conceitos do metaparadigma da enfermagem em saúde mental? Quais características são descritas referentes aos conceitos do metaparadigma da enfermagem na área de saúde mental?*

Destaca-se que grande parte dos atributos de cada conceito analisado apresentou alto nível de abstração, sendo necessário classificar as ideias expressas em um termo único ou expressões, como, por exemplo, **trabalho em equipe interdisciplinar**, que engloba as teses que, em sua maioria, não trouxeram este termo exatamente, mas em muitas houve referência de que as equipes, a que os participantes do estudo da tese analisada pertenciam, faziam reunião clínica para discussão dos casos e, assim, cada profissional compartilhava do seu saber específico para encontrar a melhor estratégia para intervir.

5.2.5 Desenvolvimento de casos-modelo

Essa etapa visa a ilustrar o conceito pesquisado através de um exemplo, real ou fictício, que contenha seus atributos definidores. O caso deve ser o mais

próximo da realidade possível e exemplificador, para contribuir na elucidação dos atributos identificados (WALKER; AVANT, 2005). Nesta tese, foram elaborados quatro casos modelo, um para cada conceito analisado, na intenção de elucidar os atributos identificados.

5.2.6 Desenvolvimento de outros casos

Casos limítrofes, casos relacionados, casos contrários, casos inventados, casos ilegítimos são exemplos de casos adicionais. Esses casos são relatados durante a análise de conceito para auxiliar na decisão quanto aos atributos realmente importantes para o conceito. Todos esses casos não são exemplos legítimos do conceito (WALKER; AVANT, 2005). De acordo com as autoras, estes casos não são obrigatórios na aplicação da proposta de análise de sua autoria, mas a apresentação de algum deles pode contribuir para a exemplificação da má aplicabilidade do conceito. Para cada conceito analisado, foi elaborado um caso contrário, em que os atributos definidores dos conceitos não estavam presentes.

5.2.7 Identificação de antecedentes e consequentes

Entendem-se por antecedentes as situações, eventos ou fenômenos que precedem o conceito de interesse e que podem auxiliar na compreensão do contexto social no qual o conceito é geralmente utilizado, bem como favorece seu refinamento (WALKER; AVANT, 2005; 2011). No intuito de encontrar os antecedentes dos conceitos sob análise, estabeleceu-se a seguinte questão: *Que eventos contribuem com o prenúncio e a existência dos conceitos do metaparadigma da enfermagem na área de saúde mental?*

Os consequentes do conceito dizem respeito a eventos ou situações resultantes da sua utilização. Eles podem coincidir ou não com os atributos definidores (WALKER; AVANT, 2005; 2011). Para verificar a presença das consequências relacionadas aos conceitos do metaparadigma da enfermagem na área de saúde mental, foi utilizada a pergunta: *O que resultou após a aplicação dos conceitos do metaparadigma da enfermagem na área de saúde mental nas teses analisadas?*

5.2.8 Definição de atributos e referências empíricas

Esse é o passo final da análise de conceito, em que se busca identificar referências empíricas para os atributos definidores. Em muitos casos, os atributos definidores ou atributos críticos serão idênticos às referências empíricas. Nos casos em que o conceito é muito abstrato, seus atributos definidores geralmente têm também alto grau de abstração. Nessas situações, é necessário que os atributos definidores sejam decodificados em referentes empíricos (WALKER; AVANT, 2005; 2011).

Os referentes empíricos são categorias ou classes de fenômenos observáveis que, quando presentes, mostram a ocorrência do conceito (WALKER; AVANT, 2005; 2011).

Neste estudo, as referências empíricas foram decodificadas e apresentadas junto aos atributos definidores de cada conceito, para facilitar a compreensão da sua ocorrência (QUADRO 5).

QUADRO 5 – EXEMPLO DA CONSTRUÇÃO DAS REFERÊNCIAS EMPÍRICAS.

ATRIBUTO	REFERÊNCIAS EMPÍRICAS
Trabalho em equipe interdisciplinar	Relato, autorrelato e observações de que o cuidado de enfermagem não deve ser isolado, mas, sim, compartilhado com os demais membros da equipe interdisciplinar, promovendo troca de saberes entre as diferentes especialidades.

FONTE: A autora (2017).

Destaca-se que este relato se refere às informações dos participantes das teses analisadas em que foi possível observar o atributo, autorrelato, a exposição de alguma vivência do próprio pesquisador e a observação dos casos em que o pesquisador redigiu em sua tese a necessidade deste atributo para atuação dos profissionais no Modelo Psicossocial.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa teórica, não foi necessário submeter este estudo ao comitê de ética. No entanto, como premissa ética de pesquisa, houve o

compromisso da autora em ser fiel ao objeto de estudo, respeito rigoroso ao método escolhido bem como com os autores dos trabalhos analisados. Todas as informações encontradas foram cuidadosamente estudadas para evitar viés de interpretação.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Esta etapa teve início pela leitura compreensiva com análise crítica do conteúdo das teses selecionadas para análise. Parte dessas obras, que indicavam possíveis contribuições ao estudo dos conceitos *ser humano, saúde, enfermagem e ambiente em saúde mental*, foi posta em destaque (APÊNDICE 1). Esses pequenos textos foram analisados, considerando seu contexto, para identificar de que elementos se tratava, se poderiam ser considerados atributos, antecedentes ou consequentes, tendo sido atribuídos a eles códigos de identificação de acordo com a classificação do seu conteúdo e organizados em planilha do Microsoft Excel 2010.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item, primeiramente está apresentada a caracterização das teses utilizadas neste estudo, seguida da análise dos conceitos *ser humano*, *saúde*, *enfermagem e ambiente em saúde mental*, sua descrição, atributos, referências empíricas, antecedentes, consequentes, casos modelos e novas definições.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS TESES

Das 88 teses selecionadas para análise, a mais antiga data do ano de 1997 e a mais recente, do ano de 2016. Em relação à Instituição de ensino (IES) em que as teses foram produzidas, foram obtidas 50 teses elaboradas na Universidade de São Paulo, sendo 17 na Capital do Estado São Paulo (USP) e 33 em Ribeirão Preto (USP/RP); seis nas Universidades Federais do Rio Grande do Norte (UFRN) e Rio Grande do Sul (UFRGS); cinco na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); três nas Universidades Federais do Ceará (UFC), de Minas Gerais (UFMG), Rio de Janeiro (UFRJ) e na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); duas na Universidade Federal do Paraná (UFPR) e também na Universidade Estadual de Maringá (UEM); e uma nas demais instituições (QUADRO 6).

QUADRO 6 – TESES PRODUZIDAS POR ENFERMEIROS NOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, SEGUNDO O ANO DE DEFESA, INSTITUIÇÃO DE ORIGEM, AUTORIA E TÍTULO DO ESTUDO, 2017.

Continua

Nº	ANO DEFESA	INSTITUIÇÃO	AUTOR	TÍTULO
1	1997	USP	Maria Alice Ornellas Pereira	Representações sociais de pacientes psiquiátricos sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico: a triste passagem e a triste paisagem
2	2001	UFSC	Jonas Salomão Spricigo	Desinstitucionalização ou desospitalização - a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis
3	2001	USP	Agnes Olschowsky	O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação "lato sensu"
4	2002	USP	Francisco Arnaldo Nunes Miranda	Representações sociais sobre a atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano

QUADRO 6 – TESES PRODUZIDAS POR ENFERMEIROS NOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, SEGUNDO O ANO DE DEFESA, INSTITUIÇÃO DE ORIGEM, AUTORIA E TÍTULO DO ESTUDO, 2017.

Continua

Nº	ANO DEFESA	INSTITUIÇÃO	AUTOR	TÍTULO
5	2002	USP	Ana Celeste de Araújo Pitiá	Acompanhamento terapêutico sob o enfoque da psicoterapia corporal: uma clínica em construção
6	2003	USP/RP	Alice Guimarães Bottaro de Oliveira	A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental
7	2003	USP	Ana Luísa Aranha e Silva	Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial.
8	2004	USP/RP	Mariluci Alves Maftum	O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná
9	2004	USP/RP	Nadja Cristiane Lappann Botti	Oficinas em saúde mental: história e função
10	2004	USP/RP	Vera Lucia Mendiondo Osinaga	Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares
11	2004	USP/RP	Vanessa Pellegrino Toledo	Sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica em um serviço de reabilitação psicossocial
12	2005	UFRJ	Rosane Mara Pontes de Oliveira	Por uma clínica de enfermagem psiquiátrica: o intuir empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiatra
13	2005	USP	Annette Souza Silva Martins da Costa	A construção do saber da enfermeira na equipe interdisciplinar de serviços de atenção psicossocial
14	2005	USP	Roselma Lucchese	A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro.
15	2005	USP/RP	Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido	Transtornos depressivos: desenvolvimento de um material didático para educação a distância
16	2005	USP/RP	Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves	Atendimento ao familiar - cuidador em convívio com o doente mental através da técnica de solução de problemas
17	2005	USP/RP	Rosane Mello	Identidade social de usuários, familiares e profissionais em um centro de atenção psicossocial no Rio de Janeiro
18	2005	USP/RP	Amanda Marcia dos Santos Reinaldo	Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para enfermagem psiquiátrica comunitária
19	2005	USP/RP	Leiner Resende Rodrigues	Saúde mental e profissionais do programa de saúde da família: uma proposta de educação permanente
20	2005	USP/RP	Nelsi Salete Tonini	O planejamento em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo dos municípios da região oeste do Paraná

QUADRO 6 – TESES PRODUZIDAS POR ENFERMEIROS NOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, SEGUNDO O ANO DE DEFESA, INSTITUIÇÃO DE ORIGEM, AUTORIA E TÍTULO DO ESTUDO, 2017.

Continua

Nº	ANO DEFESA	INSTITUIÇÃO	AUTOR	TÍTULO
21	2005	USP/RP	Christine Wetzel	Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo
22	2005	USP	Lucia Helena Grando	Família e transtornos alimentares: uma forma singular de estar no mundo
23	2006	USP	Adriana Inocenti Miasso	"Entre a cruz e a espada": o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar
24	2006	USP/RP	Mércia Zeviani Breda	A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção
25	2006	USP/RP	Jacileide Guimarães	Sobre o tempo: elogio à instituição negada
26	2006	USP/RP	Sinval Avelino dos Santos	Projeto terapêutico individual em um centro de atenção psicossocial: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência
27	2007	USP/RP	Valeria Cristina Christello Coimbra	Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família
28	2007	USP/RP	Walsete de Almeida Godinho Rosa	Limites e possibilidades de inserção da estratégia de saúde da família no processo de transformação da assistência psiquiátrica e na promoção de saúde mental
29	2007	USP/RP	Edilaine Cristina da Silva	Educação a distância: ambientes digitais para o processo ensino-aprendizagem em enfermagem psiquiátrica
30	2007	USP	Paula Andrea Shinzato Ferreira Martins	Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica: validação clínica
31	2008	UFC	Kaelly Virginia de Oliveira Saraiva	Gênero e saúde mental na atenção primária: a mulher como foco de investigação
32	2008	UFRJ	Lilian Hortale de Oliveira Moreira	Enfermagem psiquiátrica e internação involuntária: a clínica do fato inexistente
33	2008	UNB	Maria Aparecida Gussi	Representação social de ministros religiosos cristãos sobre a doença mental
34	2008	USP/RP	Lucilene Cardoso	Egressos de internação psiquiátrica - um olhar sobre o paciente e seu familiar cuidador
35	2008	USP	Terezinha Alves Dias	Reforma psiquiátrica na região oeste do Paraná: o discurso dos enfermeiros e suas práticas
36	2009	UFMG	Marília Resende da Silveira	A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário
37	2009	USP/RP	Leandro Barbosa de Pinho	Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica

QUADRO 6 – TESES PRODUZIDAS POR ENFERMEIROS NOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, SEGUNDO O ANO DE DEFESA, INSTITUIÇÃO DE ORIGEM, AUTORIA E TÍTULO DO ESTUDO, 2017.

Continua

Nº	ANO DEFESA	INSTITUIÇÃO	AUTOR	TÍTULO
38	2009	USP	Cintia Adriana Vieira Gonçalves	Cotidiano de cuidados à pessoa com depressão na pós-modernidade: uma cartografia
39	2009	USP	Norma Faustino Rocha Randemark	Reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: representações das famílias
40	2010	UFRGS	Marcio Wagner Camatta	Ações voltadas para saúde mental na estratégia de saúde da família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares
41	2010	UFSC	Luciléia da Silva Pereira	Tecendo os fios da saúde mental em Belém/PA: visibilidade da rede de cuidado
42	2010	UFSC	Jeferson Rodrigues	O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental nos cursos de graduação no estado de Santa Catarina
43	2010	USP/RP	Munira Penha Domingues	Pesquisa-ação e práticas educativas do enfermeiro psiquiátrico: incentivo à educação permanente em serviço
44	2010	USP/RP	Eliane Hetzel Fregonezi	Adquirindo uma nova cidadania: estudo do preparo do doente mental para viver na comunidade
45	2010	UFSC	Eliani Costa	Hospital Colônia Sant'Ana: o saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981)
46	2011	UFC	Tatiane Gomes Guedes	Matriciamento da atenção em planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental
47	2011	UFMG	Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa	Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental
48	2011	UFRGS	Cíntia Nasi	As expectativas dos usuários e as intenções dos trabalhadores de um centro de atenção psicossocial
49	2011	USP	Valmir Rycheta Correia	O profissional da estratégia saúde da família na promoção da saúde mental
50	2011	USP	Wania Regina Veiga Martines	O cotidiano da produção de cuidados em saúde mental e a produção de prazer uma cartografia
51	2011	USP/RP	Kelly Graziani Giacchero Vedana	Convivendo com uma ajuda que atrapalha: o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com esquizofrenia
52	2012	UFRGS	Eglê Rejane Kohlrausch	Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família
53	2012	UFSC	Sandra Greice Becker	O cotidiano do cuidado em saúde mental: memórias e representações sociais de trabalhadores

QUADRO 6 – TESES PRODUZIDAS POR ENFERMEIROS NOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, SEGUNDO O ANO DE DEFESA, INSTITUIÇÃO DE ORIGEM, AUTORIA E TÍTULO DO ESTUDO, 2017.

Continua

Nº	ANO DEFESA	INSTITUIÇÃO	AUTOR	TÍTULO
54	2012	USP/RP	Karine Santana de Azevedo Zago	Terapia comunitária: espaço de ressignificação do sofrimento de trabalhadores de enfermagem
55	2013	UFPR	Marcio Roberto Paes	Perfil e diagnósticos de enfermagem de pacientes com transtornos mentais em um hospital geral e de ensino
56	2013	UFRGS	Fernanda Barreto Mielke	Avaliação da gestão da atenção psicossocial na estratégia saúde da família: com a palavra os coordenadores
57	2013	UNICAMP	Teresa Cristina da Silva Kurimoto	O cuidado de enfermagem em saúde mental na perspectiva da clínica do sujeito: questões de fineza
58	2013	USP/RP	Marciana Fernandes Moll	Dos hospitais psiquiátricos aos serviços residenciais terapêuticos: um olhar sobre os direitos humanos neste percurso
59	2013	UEM	Marcelle Paiano	Processo de avaliação de quarta geração em um ambulatório de saúde mental: perspectivas dos profissionais
60	2014	UFC	Álissan Karine Lima Martins	Saúde mental na estratégia saúde da família: estudo sobre as competências de enfermeiros
61	2014	UFMG	Marina Celly Martins Ribeiro de Souza	Representações de profissionais da saúde mental sobre sexualidade de pessoas com transtorno mentais
62	2014	UFRN	Raionara Cristina de Araújo Santos	Papéis e funções dos profissionais dos serviços e política de saúde mental em Natal (RN)
63	2014	UFRN	João Mário Pessoa Júnior	Perfis e práticas dos profissionais de saúde mental em dois hospitais psiquiátricos de grande porte
64	2014	UFRN	Rafaella Leite Fernandes	A reforma psiquiátrica e a política de saúde mental do Rio Grande do Norte: papéis e funções de profissionais e gestores
65	2014	UFRN	Francisco de Sales Clementino	Avaliação da estrutura e processo de trabalho dos centros de atenção psicossocial
66	2014	UFRN	Dulcian Medeiros de Azevedo	Construção e evidências de validação de instrumentos de pesquisa para avaliação da assistência nos centros de atenção psicossocial
67	2014	UNICAMP	Edirlei Machado dos Santos	Representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família
68	2014	USP/RP	Marcela Martins Furlan de Léo	Habilidades de vida independente em portadores de transtornos mentais do interior mato-grossense
69	2014	USP/RP	Tatiana Longo Borges Miguel	Fatores associados a Transtornos Mentais Comuns e consumo de psicofármacos em Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto

QUADRO 6 – TESES PRODUZIDAS POR ENFERMEIROS NOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, SEGUNDO O ANO DE DEFESA, INSTITUIÇÃO DE ORIGEM, AUTORIA E TÍTULO DO ESTUDO, 2017.

Continua

Nº	ANO DEFESA	INSTITUIÇÃO	AUTOR	TÍTULO
70	2014	UFPB	Elisangela Braga Azevedo	Topologia de enfermeiras terapeutas comunitárias na perspectiva weberiana
71	2014	USP/RP	Márcia Astrês Fernandes	Riscos ocupacionais e o adoecimento de trabalhadores de saúde de um hospital psiquiátrico do Piauí
72	2014	UFRGS	Ariane da Cruz Guedes	Avaliação do processo de alta dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial
73	2015	UFRN	Kalyane Kelly Duarte de Oliveira	Atuação dos profissionais no atendimento às famílias nos centros de atenção psicossocial
74	2015	UNICAMP	Maria Giovana Borges Saidel	Representações sociais de profissionais de um centro de atenção psicossocial sobre o cuidado ao idoso com transtorno mental: estudo de caso qualitativo
75	2015	USP/RP	Sueli Aparecida de Castro	Adesão ao tratamento psiquiátrico, após alta hospitalar: acompanhamento na rede de serviços de saúde
76	2015	USP/RP	Nely Regina Sartori	Representações Sociais sobre o "louco" e a "loucura": concepções e práticas de profissionais da atenção básica
77	2015	USP/RP	Maristela Monteschi Souta	Sistemas de medicação e erros em unidades de psiquiatria de um município paulista
78	2015	USP/RP	Mariana Verderoce Vieira	Esgotamento emocional e sua relação com a satisfação laboral e sobrecarga de trabalho na enfermagem em Saúde Mental: Estudo observacional
79	2015	USP	Jandro Moraes Cortes	Lugar de morar: o cotidiano de pessoas com transtornos mentais em um serviço residencial terapêutico
80	2015	UERJ	Leandro Andrade da Silva	Perspectiva estética e sociopoética ao cuidar junto com as pessoas com sofrimento psíquico aplicando a Teoria Tidal Model
81	2015	UEM	Aline Aparecida Buriola	Avaliação qualitativa de um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral
82	2016	UFRGS	Danilo Bertasso Ribeiro	Cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida: perspectivas da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz
83	2016	USP/RP	Milena Hohmann Antonacci	Avaliação de boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial
84	2016	UFPR	Letícia Borba de Oliveira	Adesão do portador de transtorno mental ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental
85	2016	UFRJ	Wilson Denadai	Teoria de Médio Alcance de Enfermagem para Atenção à Saúde Mental

QUADRO 6 – TESES PRODUZIDAS POR ENFERMEIROS NOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, SEGUNDO O ANO DE DEFESA, INSTITUIÇÃO DE ORIGEM, AUTORIA E TÍTULO DO ESTUDO, 2017.

Conclusão

Nº	ANO DEFESA	INSTITUIÇÃO	AUTOR	TÍTULO
86	2016	USP	Angelina Moda Machado Romano	Evolução das atitudes de alunos de enfermagem frente aos transtornos mentais, opção de escolha da profissão e preferência por áreas específicas de atuação
87	2016	FURG	Alessandro Marques dos Santos	Estudo das referências que direcionam o processo de construção do enfermeiro cuidador de pessoas mentalmente doentes
88	2016	UFPeI	Janaína Quinzen Willrich	A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento de saber, poder e subjetivação

FONTE: A autora (2017).

6.2 ANÁLISE DOS CONCEITOS DO METAPARADIGMA EM SAÚDE MENTAL

Neste subitem, será apresentada a identificação do uso dos conceitos analisados nas teses selecionadas e, para elucidação desta etapa, serão trazidas algumas definições e descrições do conceito estudado. Posteriormente, um quadro com os principais atributos do conceito será exibido, bem como as referências empíricas e fenômenos observáveis nas teses que provocaram a imersão da ocorrência de determinada característica para cada conceito estudado.

Na sequência, o caso modelo irá ilustrar os atributos do conceito analisado. Destaca-se que este caso é fictício, com base em algumas experiências vividas pela pesquisadora durante sua trajetória no cuidado ao ser humano em saúde mental e o caso contrário elucidará a má aplicabilidade dos atributos identificados.

Ainda será apresentado um quadro com a descrição dos antecedentes e consequentes, uma síntese sobre os resultados encontrados, bem como a sugestão de uma nova definição de cada conceito analisado.

6.2.1 Ser humano em saúde mental

6.2.1.1 Descrição do conceito

As teses analisadas apresentaram diferentes termos para se referirem ao ser humano em saúde mental, sendo os mais citados pessoa com adoecimento psíquico, pessoas mentalmente doentes, portadores de transtorno mental, pessoa em sofrimento psíquico, paciente psiquiátrico, pessoa com sofrimento mental, pessoa com deficiência mental e doente mental. No entanto, poucos desses estudos apresentaram uma descrição própria para o termo utilizado.

Houve uma descrição em uma tese de que a pessoa com sofrimento mental é antes de tudo um ser humano. Esta descrição coaduna com o Modelo Psicossocial ao defender que a sociedade precisa retirar de evidência a doença e o diagnóstico para ver e tentar entender o ser humano em sua existência complexa. Destacou-se que este ser humano precisa ser respeitado em suas diferentes formas de expressividade, como apresentado a seguir:

A pessoa com sofrimento mental [...] é um ser humano. Enquanto nele se detecte um mínimo de respostas afetivas, seja uma simples expressão do olhar, um sorriso, um gesto ou qualquer outro sinal de existência de vida, ele deve ser respeitado como ser humano (T08, p. 14).

De acordo com Travelbee (1979; 1982), entender o conceito do ser humano é um dos pontos mais importantes para realização do cuidado em saúde mental, pois é considerando a compreensão da unicidade do ser que se torna possível valorizar e aceitar as pessoas como elas são, respeitando suas individualidades e potencialidades.

Estudo conduzido 152 funcionários de um hospital psiquiátrico no Estado do Paraná, que teve como objetivo construir um marco de referência para o cuidado em saúde mental, descreveu que o conceito de ser humano extrapola os aspectos organicistas e/ou biológicos e, por se tratar de um ser único, com características biológicas, sociais, psicológicas, culturais, espirituais, vive em constante transformação, modificando a si próprio e o ambiente em que vive, mostrando capacidade de evolução, de conquistar seus objetivos, ideais e de transcender (BORILLE, 2008).

Neste sentido, ressalta-se que entender a pessoa que apresenta um transtorno mental como ser humano passível de direitos e deveres, forças e

fraquezas, sonhos e desilusões, potencialidades e fragilidades é fundamental para o desenvolvimento da empatia, para a construção de vínculo, para o relacionamento terapêutico, para busca de significados em sua existência, enfim, para o desenvolvimento do cuidado no Modelo Psicossocial.

Alguns pesquisadores destacaram que a pessoa com transtorno mental vive em intenso sofrimento psíquico e que este sofrimento não tem uma única forma de expressão. Como exemplificado a seguir:

Considero que o paciente psiquiátrico é portador de intenso sofrer psíquico, expresso nas mais diferentes formas (T01, p. 11).

Diante do exposto, abre-se a possibilidade de outro olhar sobre esse outro, que outrora foi e lamentavelmente, em algumas situações, ainda é “classificado de louco, de insano, de esquizofrênico e tantos outros signos que a sociedade lhe conferiu ao longo de séculos” (YASUI, 2010, p. 165).

O sofrimento que acomete o sujeito com transtorno mental pode afetar sua vida em todos os aspectos e se refletir em seus pensamentos, sentimentos, ações e convívio em sociedade. No entanto, comunicar a dor física ou mental a outra pessoa de forma compreensível não é uma tarefa fácil e nem sempre é possível, mesmo que esta pessoa seja um profissional de saúde que está ali para ajudar no enfrentamento desta dor (TRAVELBEE, 1979; 1982).

Entende-se por sofrimento psíquico o sofrer “de origem subjetiva do sujeito em situação relacional, ambiental e em contexto sociocultural específico”. A pessoa, ao viver uma experiência de sofrimento, irá atribuir algum sentido e significado a esta vivência, que pode ocorrer de forma consciente ou inconsciente, produzindo reflexos em sua vida cotidiana (VIEIRA FILHO, 2011, p. 315). Neste sentido, destaca-se a necessidade de perceber o outro, de escutar suas demandas e construir com ele novas possibilidades de vida e de enfrentamento deste sofrimento.

A busca do ser humano por um sentido de vida é a motivação primária em sua existência. Esse sentido é exclusivo e específico, uma vez que precisa e pode ser cumprido somente por aquela determinada pessoa, “assim, o ser humano necessita de ‘algo’ em função do qual viver”. Viver significa ter responsabilidade de responder adequadamente às perguntas da vida, pelo cumprimento das tarefas colocadas a cada pessoa e pela exigência do momento. Essa exigência e, com ela,

o sentido de vida, difere de ser humano para ser humano, de um dia para outro (FRANKL, 2007, p. 92 citado por BORILLE, 2008).

Como profissionais produtores de atos do cuidar, necessitamos olhar e ouvir o outro, sendo essencial reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção (YASUI, 2010).

6.2.1.2 Atributos e referências empíricas do conceito de Ser humano em saúde mental

QUADRO 7 - ATRIBUTOS DE SER HUMANO EM SAÚDE MENTAL IDENTIFICADOS NAS TESES E RESPECTIVAS REFERÊNCIAS EMPÍRICAS, 2017.

ATRIBUTOS	REFERÊNCIAS EMPÍRICAS
Ser humano	Autorrelato e observação de que a pessoa com transtorno mental é um ser humano que coexiste com o mundo.
Em sofrimento	Relatos, autorrelatos e observações em que a pessoa é acometida por sofrimento que afeta sua forma de ser, estar e conviver.
Protagonista de sua própria história	Relatos e observações de que a pessoa em sofrimento mental precisa ser percebida, entendida, escutada e respeita em sua totalidade como alguém com uma trajetória de vida marcada por diferentes nuances e significados, além de ser responsável pelo planejamento de como enfrentar e entender as descobertas advindas da continuidade da sua trajetória de vida.
Que influencia e recebe influências do meio em que vive	Relato, autorrelato e observações de que a pessoa em sofrimento mental vive no meio social e, assim, suas ações influenciam este meio e suas relações, bem como ser sensível é altamente influenciado pelos acontecimentos e relações com este mundo.
Singular	Relatos e observações de que a pessoa em sofrimento mental é única e por isso sui generis.
Vive na comunidade	Relatos, autorrelatos e observações de que a pessoa em sofrimento mental está presente em todos os espaços da comunidade, nas escolas, instituições religiosas, ambientes comerciais, ruas, parques, ambientes culturais, entre outros.

Fonte: A autora (2017).

6.2.1.3 Caso modelo do conceito de Ser humano em saúde mental

H.C.D., mulher, 58 anos de idade, casada com um contador desempregado. O casal tem quatro filhos, sendo duas mulheres e dois homens. H.C.D. descreveu o pai como uma pessoa rígida, verbalmente abusiva, perfeccionista e a mãe como sendo uma pessoa dócil, dependente, prestativa e sem ambições. Relatou que se casou aos dezesseis anos para sair de casa, pois até então não tivera liberdade. Depois que concluiu o primeiro grau, empregou-se numa empresa pública que estava para ser privatizada. Esta questão deixou H.C.D. indecisa se deveria se aposentar proporcionalmente ou não. Adiou a decisão, pois gostava do trabalho e dos colegas. H.C.D. e a família estavam passando por dificuldades financeiras devido à demissão do marido. Esta situação a incomodava bastante, pois o filho mais velho queria se casar e na sua avaliação o momento não era propício. Recentemente H.C.D. experimentara uma ligeira tontura que com o passar do tempo piorou e ela começou a sentir o aumento de sua frequência cardíaca, juntamente com tremores e transpiração excessiva. Sua respiração estava cada vez mais ofegante, sentia a boca seca, dores e pressão no peito. Com o agravamento dessas manifestações, ela deixou de sair de casa. Não ia à farmácia e supermercados, não fazia compras e não ia à casa da filha visitar os netos. Quando um de seus netos se machucou, ela correu, tirou o carro da garagem, mas quando se viu na rua, teve a sensação de que ia morrer. Voltou com o carro para a garagem e solicitou ao esposo que a levasse até o neto. Ainda assim, experimentou um intenso pavor durante o trajeto, pavor esse que se repetia e aumentava a cada dia quando saía de casa para o trabalho na companhia do marido. H.C.D. deixou de dirigir e, na sequência, parou de trabalhar. Após fazer exames laboratoriais e de imagem e não encontrar nenhum sinal de doença cardíaca, foi encaminhada para atendimento no CAPS. H.C.D. faz acompanhamento no CAPS duas vezes por semana há cinco meses, seu tratamento inclui psicoterapia e atividades de grupo. Atualmente, seus sintomas de taquicardia, sudorese, palpitações diminuíram e ela consegue sair em companhia do marido e dos filhos sem tanto sofrimento. Mas ainda se sente impossibilitada de voltar a trabalhar e nem cogita a possibilidade de dirigir. Sabe que este medo incontrolável é produzido por sua mente, mas precisa se fortalecer para enfrentá-lo daqui por diante.

6.2.1.4 Caso contrário do conceito de Ser humano em saúde mental

L.H.R, casada, 54 anos, pedagoga. Trabalha em uma escola com adolescentes em risco social, de segunda a sexta, no período da manhã, há 20 anos. Algumas vezes, ao final de seu dia de trabalho, desiste de compromissos, como sua aula de Pilates ou almoço com alguma amiga por preferir ir para sua casa e ficar um pouco sozinha, especialmente nos dias em que os alunos relatam histórias de abuso ou violência, vivenciadas por eles, pois se sente impotente, percebendo que essas histórias continuam a se repetir ao longo dos anos, apesar de seu trabalho dedicado. Nos dias em que prefere ficar sozinha por estar se sentindo chateada, costuma cozinhar em casa, uma atividade que a acalma, ou assistir a um filme. Quando o marido chega, ao final do dia, já se sente melhor e conversar com ele sobre seu dia a motiva para continuar dando o seu melhor no trabalho, pois é algo que gosta muito de fazer e faz bem. Diversas vezes, nestes dias que lhe parecem mais pesados, ela dorme com ideias de projetos, desta forma já inseriu muitos adolescentes em atividades culturais, esportivas e laborais. No dia seguinte, tem ainda mais energia para ir trabalhar e se sente agradecida por ter a oportunidade de influenciar positivamente na vida de outras pessoas.

6.2.1.5 Antecedentes e consequentes do conceito de Ser humano em saúde mental

QUADRO 8 - ANTECEDENTES E CONSEQUENTES DO CONCEITO DE SER HUMANO EM SOFRIMENTO MENTAL, 2017.

ANTECEDENTES	CONSEQUENTES
<ul style="list-style-type: none"> - História de vida marcada por momentos de insegurança, exigências difíceis de cumprir, medo, vergonha; - Enfrenta conflitos sociais e/ou familiares; - Dificuldade de se relacionar com outras pessoas; - Dificuldade em enfrentar adversidades provocadas pelas relações com outras pessoas e consigo mesmo; - Fragilidade; - Experiência de intenso sofrimento; - Solidão; e - Vivência de desrespeito a sua dignidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sujeito de sua própria história; - Em sofrimento; - Reconhecimento de suas potencialidades; - Reabilitação psicossocial; - Viver em liberdade; - Cidadão; e - Autonomia.

Fonte: A autora (2017).

6.2.1.6 Nova definição para o conceito Ser humano em saúde mental

Ao analisar o conceito de Ser humano em saúde mental nas teses selecionadas, destaque-se que ele precisa ser percebido como uma pessoa que vive e se relaciona com o mundo, que tem uma visão de mundo construída por suas vivências e compreensão dos significados das experiências de vida.

Isto inclui a capacidade de reconhecer e aceitar as capacidades e limitações da condição humana, apreciar a capacidade transitória da vida e desenvolver estratégias de enfrentamento para viver o presente. É compreender que a pessoa em sofrimento mental também está exposta à alegria, ao amor, à felicidade, à solidão, à culpa, aos conflitos emocionais, especialmente à ambivalência entre amar e odiar (TRAVELBEE, 1979; 1982).

De acordo com Becker (2012), quando a sociedade respeitar a pessoa em sofrimento mental como ser humano, esta mesma sociedade poderá ser capaz de valorizar suas potencialidades.

Para transformar a estrutura tradicional de tratamento em saúde mental, são necessárias mudanças no modo de se relacionar com a pessoa em sofrimento, no sentido de desmitificar a “loucura” e transformar o imaginário social (AMARANTE, 2006).

Destaca-se também o entendimento nas teses analisadas a percepção de que a pessoa que é portadora de um transtorno mental é acometida por sofrimento e que este sofrimento afeta sua forma de ser, estar e conviver com o mundo.

Neste sentido, cabe ressaltar que o sofrimento humano é uma das principais preocupações do Modelo Psicossocial. No ano de 1979, Travelbee descreveu que o sofrimento compreende uma sensação de mal-estar que envolve desde o sensível e passageiro incômodo mental, físico e espiritual, até a angústia extrema, como a desesperança, a negligência de si mesmo, a indiferença e a apatia.

Destaca-se aqui que o sofrimento é mais que uma simples ameaça à integridade biológica, mas à integridade do ser humano, sujeito de ação e reação, que tem necessidades próprias, específicas e que precisa de cuidado e atenção (YASSUI, 2010).

Destaca-se novamente o explicitado por Costa-Rosa (2000) de que o sofrimento psíquico não precisa ser removido a qualquer custo, ele é reintegrado como parte da existência, sendo os conflitos considerados constitutivos e designam

o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem. O que se visa no Modelo Psicossocial é um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos dos conflitos, passe a se reconhecer, por um lado, também como um dos agentes implicados nesse sofrimento, por outro, como um agente da possibilidade de mudança.

Para tanto, a pessoa em sofrimento mental precisa ser percebida, entendida, escutada e respeitada em sua totalidade como alguém com uma trajetória de vida marcada por diferentes nuances e significados. Conforme Mecca e Castro (2008), cada ser é único, com sua história, seu jeito de ser e de fazer, podendo, assim, evoluir no sentido de construir sua própria trajetória.

Outra característica atribuída ao conceito de Ser humano em sofrimento mental é que ele vive no meio social, desenvolvendo ações que influenciam este meio e suas relações, bem como é altamente influenciado por estes mesmos meios.

No Modelo Psicossocial, tenta-se compreender a complexidade do ser humano em seus processos de troca e das experiências construídas. Assim, acredita-se que o ser humano seja permanentemente afetado pelas histórias que o constituem como sujeito no mundo, histórias que permeiam suas ações e relações, criando modos de subjetivação e de sofrimentos. Nessa perspectiva, o profissional precisa estar constantemente promovendo estratégias permanentes de transformação e inclusão do sujeito, desenvolvendo meios de ajudá-lo a repensar outras possibilidades de ser e estar no mundo, abrindo espaços para as diferenças, para a desconstrução do preconceito e para a busca de caminhos alternativos (FRANCISCO; ALVES, 2009; YASSUI, 2010).

Entende-se que o Ser humano em saúde mental não está mais isolado em um hospital de difícil acesso, ou escondido dentro de alguma residência. A sociedade evoluiu e hoje já se reconhece que ele está presente em todos os espaços da comunidade, nas escolas, instituições religiosas, ambientes comerciais, ruas, parques, ambientes culturais, entre outros.

No entanto, Lima e Yasui (2014) referem que mesmo no atual Modelo de tratamento, o Psicossocial, no qual as pessoas com sofrimento mental são tratadas na comunidade, a exclusão social e o estigma ainda estão presentes em nossa sociedade.

Esta ideia coaduna com o explicitado por Costa-Rosa (2000) que não é apenas pela desconstrução do hospital psiquiátrico que se auxiliará a inclusão social

dessas pessoas. Sendo assim, são necessários esforços dos profissionais de saúde, políticos, professores e demais pessoas da comunidade para pensar no alcance da verdadeira inclusão.

Diante dos atributos apresentados, defende-se a seguinte definição: ***O Ser humano em saúde mental é singular e protagonista de sua própria história. Vive em comunidade, influencia e é influenciado pelo mundo. Esta pessoa vivencia sofrimento e este sofrimento pode chegar ao extremo, ao ponto de nublar e exaurir suas forças e capacidades de interagir com o meio. Portanto, necessita de cuidados diferenciados que englobem sua totalidade e subjetividade com vistas à sua interação e integração com a sociedade.***

6.2.2 Saúde Mental

6.2.2.1 Descrição do conceito

Na análise do conceito Saúde e transtorno mental aplicado nas teses escolhidas para este estudo, foi possível perceber que persiste dificuldade na forma de expressar seu significado. Muitos pesquisadores se remetem à definição de Saúde da Organização Mundial da Saúde e de Transtorno e/ou Doença Mental do Código Internacional de Doenças (CID 10) ou ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em suas diferentes versões, entendendo a saúde e a doença como dualidades opostas, tendo os sinais e sintomas como referências principais para sua classificação. No entanto, observa-se que alguns enfermeiros avançaram desta concepção simplista para descrições que vão ao encontro do preconizado pelo modelo psicossocial no sentido de compreender o conceito de saúde-doença como uma relação dialógica, sem rótulos, em que a saúde mental passa a ser entendida como reflexo da existência do ser humano que pode ser de bem-estar ou de intenso sofrimento, dependendo de sua interação com o mundo.

A reformulação da instituição de cuidados em saúde mental depende de uma reformulação conceitual quanto ao que está em jogo na doença mental: a doença mental não é meramente uma questão de sintomas e de sua remissão, mas uma questão de existência (T12, p. 64).

Percebe-se a necessidade urgente de se romper com o Modelo Asilar na forma de concepção do objeto de cuidado em saúde mental no sentido de que a

doença, com seus sinais e sintomas, é ultrapassada pela existência humana. De acordo com Amarante (2007), o estado mental das pessoas é altamente complexo e deste modo surge a importância de olhar para o sofrimento gerado por uma determinada situação não para identificar ou caracterizar uma doença, mas para problematizar e interrogar seu sentido na história do indivíduo.

Deste modo, quando o profissional faz a escuta e percebe a pessoa em sofrimento, promove o rompimento da equação doença igual doente e acolhe o ser humano no auge da expressão de sua condição existencial (AMARANTE, 2007).

Nos últimos anos, a sociedade tem experimentado importantes transformações, tanto no campo político, econômico, como social, que resultaram em mudanças no padrão de saúde mental da população mundial. Na descrição a seguir é possível perceber que o meio no qual o indivíduo se relaciona passa a ser o principal agravante do adoecimento psíquico. Compreende-se pelas citações a seguir que o Modelo Psicossocial já está impregnado em alguns enfermeiros que entendem a saúde mental como algo frágil, que precisa ser cuidado por meio de estratégias que contribuam para o enfrentamento dos conflitos sociais e familiares, grandes causadores do sofrimento humano:

O grifo saúde é para chamar a atenção não só para a questão da doença mental, mas, principalmente, para a promoção em saúde – o olhar para a pessoa em risco de adoecer – uma vez que os conflitos sociais e familiares são cada vez mais frequentes, afetando diretamente a saúde mental das pessoas. [...] O adoecimento psíquico é percebido pelas equipes como fruto de fatores sociais desfavoráveis (T29, p. 25, grifo do autor).

Há necessidade de compreensão do conceito de saúde-doença para além dos sinais e sintomas, pois, assim, o considerando, constatamos limitadas as possibilidades de um cuidado ampliado em saúde mental (T54, p.119-120).

Os seres humanos, ao interagirem com seu ambiente e com outros seres humanos em seu sistema social, são capazes de implantar anseios pessoais, interpessoais e sociais [...]. Eventos estressores podem trazer o sofrimento como vivência negativa, que pode levar à ruptura da unidade/identidade da pessoa (T86, p. 82).

O modelo anterior de cuidado à pessoa em sofrimento mental centrava-se na incapacidade do indivíduo, em alguém que precisava ser curado. No entanto, a Reforma Psiquiátrica promove uma reorientação para o modelo biomédico/asilar, apresentando novas possibilidades à pessoa em sofrimento, incrementando cuidados que visam à sua autonomia (YASUI; 2010; WILLRICH, 2016).

Neste sentido, a reconstrução da complexidade do objeto precisa ser integrada no imaginário social para desmontar o conceito de doença e retomar o contato com a existência e o sofrimento da pessoa e sua ligação com o corpo social, não mais para curar, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência (AMARANTE, 2007; YASUI; 2010).

Costa-Rosa (2013, p.22) destaca que:

A produção de subjetividade singularizada deve ser entendida concretamente visto que a saúde mental não é mais entendida como um estado, mas, sim, como um processo de produção de subjetividade e de subjetivação, sendo assim, não se trata de um processo de produção sobre os sujeitos do sofrimento, mas de um processo no qual eles são participantes diretos e protagonistas.

O sofrimento, de acordo com Yasui (2010), citando Freud (1930), ameaça o ser humano segundo três direções: do próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução; do mundo externo, que pode voltar-se contra cada um com forças de destruição; e, finalmente, dos relacionamentos com os outros homens. Assim, existe uma dimensão trágica do existir humano que no desamparo frente ao mundo coloca a cada pessoa o desafio de inventar e criar seu próprio caminho.

A descrição a seguir foi trazida com o intento de exemplificar que a saúde mental é um estado de bem-estar que está diretamente relacionado à dimensão física, psicológica e social do indivíduo:

Saúde Mental que norteia o processo de Reforma Psiquiátrica é de um estado de bem-estar coletivo, decorrente das condições física, psicológica e social (T36, p. 32).

Nesse sentido, o Movimento de Reforma Psiquiátrica vem produzindo uma nova perspectiva sobre a “loucura”, questionando não somente as instituições e as práticas de cuidado, mas os conceitos e saberes que as legitimaram, produzindo uma revolução teórico-conceitual. Dessa forma, a saúde mental se configura como uma área de conhecimento marcada pela complexidade, simultaneidade e transversalidade de saberes, que envolve a compreensão de um conceito ampliado de saúde (AMARANTE, 2007).

Tendo em vista as descrições anteriores, é possível perceber que o transtorno mental passou a ser considerado algo complexo, que envolve aspectos que vão além das noções de psicopatologia e sintomatologia. Entendimento que

coaduna com o Modelo Psicossocial que fomenta a busca pelo diálogo entre as epistemologias e percepções de mundo de modo a proporcionar um olhar mais sensível à complexidade de vida da pessoa em sofrimento (YASUI, 2010).

Ao analisar o conceito de saúde mental, emergiu a percepção de que ela permeia desde o bem-estar ao intenso sofrimento do ser humano, marcada pela trajetória de vida de cada um, sendo influenciada pelo modo de perceber e se perceber, entender e sentir-se parte do seu meio familiar e social, bem como do enfrentamento das dificuldades impostas por este convívio. Desta forma, nesta tese, no que se refere aos aspectos trabalhados do conceito de Saúde Mental, incluindo os atributos e referências empíricas no Quadro 9, Caso Modelo no subitem 6.2.2.3, antecedentes e consequentes no Quadro 10, e a nova definição do conceito de Saúde Mental no subitem 6.2.2.6, estão contidos os aspectos de saúde e transtornos mentais.

6.2.2.2 Atributos e referências empíricas do conceito de Saúde Mental

QUADRO 9 - ATRIBUTOS DE SAÚDE MENTAL IDENTIFICADOS NAS TESES E RESPECTIVAS REFERÊNCIAS EMPÍRICAS, 2017.

ATRIBUTOS	REFERÊNCIAS EMPÍRICAS
Sofrimento	Relatos e observações de que o transtorno mental provoca intenso sofrimento ao ser humano e sua família. Muitas vezes, esse sofrimento pode ser tão intenso a ponto de a vida não ter mais significado para a pessoa e sua capacidade de se sentir vivo se esgota.
Ruptura da identidade da pessoa	Relatos e observações de que o sofrimento pode provocar uma ruptura na identidade da pessoa, ora por ela não conseguir se perceber como um ser humano que se relaciona com o mundo, devido seu estado de intenso sofrimento, ora pela exclusão social que deixa de ver o ser humano por trás do quadro do transtorno mental.
Bem-estar	Relatos, autorrelatos e observações sobre a sensação de bem-estar provocada pelo controle que o ser humano exerce em sua vida. Mesmo em momentos de dificuldades, a pessoa consegue encontrar sentido em sua existência.

Fonte: A autora (2017).

6.2.2.3 Caso Modelo do conceito de Saúde Mental

N.F.S., 36 anos, solteiro, era supervisor de compras em uma empresa multinacional. Sua rotina envolvia trabalhar de segunda a sexta-feira, em horário comercial, sair com alguns amigos ou receber amigos em casa uma vez por semana, correr no parque próximo de sua residência duas vezes por semana e almoçar com os pais no domingo, algumas vezes ia com a irmã ao cinema neste dia. Sentia-se pressionado pela política da empresa por alcance de metas, porém, apesar de se sentir pressionado, conseguia focar nas atividades que precisava realizar e estimular o desenvolvimento profissional de seus subordinados. Pensava em fazer cursos de gestão empresarial para em um futuro próximo abrir sua própria empresa para deixar de viver a pressão corporativa. Recentemente, recebeu uma promoção por seu desempenho e vacância de uma vaga de gerente, com isso conseguiu mudar de carro e quitar seu apartamento. No entanto, de um estado de saúde estável e uma vida organizada e confortável, começa a apresentar mudanças que culminam em um estado de intenso sofrimento psíquico. Sua vida amorosa que nunca foi tão movimentada começa a lhe incomodar, pois nos últimos meses tentou aproximação com algumas mulheres, mas todas se afastaram. Começa a se sentir sozinho. Apesar de se sentir sozinho, começa a diminuir os encontros com os amigos, pois tem se irritado com as conversas, que não acha interessantes, especialmente porque seus amigos falam muito de seus relacionamentos, dos filhos ou querem levar os cônjuges nos encontros e ele tem se sentido deslocado. Seu medo de que outras mulheres se afastem faz com que ele deixe de tentar conhecê-las. Sente dificuldade em levantar da cama para ir ao trabalho e conta os minutos para acabar seu horário e poder voltar para casa. Faz apenas o que precisa fazer no dia e deixa de entregar alguns relatórios que não considera importantes, além de não cumprir prazos. Diversas vezes se irrita com seus subordinados, apresentando inclusive, comportamento agressivo. Percebendo que as coisas não estavam indo bem, decide ir sozinho para a praia para recarregar as energias. Na praia, se sente muito angustiado em ver famílias, ver casais... A luz do sol o incomoda, quando estava na pousada queria sair para ir à praia por estar insatisfeito no quarto, quando ia para a praia queria voltar para o quarto da pousada. Em uma de suas caminhadas para a praia, começou a se questionar se não teria perdido todo o seu tempo de vida, pois não via nenhum sentido em seu trabalho, não tinha mais nenhum objetivo de vida e

não se sentia importante para ninguém, pensou que se ele desaparecesse ninguém nem sentiria falta, pois acha que as pessoas saem com ele por educação. Acha que suas promoções foram por sorte, não por competência, e que outras pessoas mereciam mais estar em seu lugar. Decide voltar mais cedo para casa para descansar antes de a semana começar e ter que voltar ao trabalho. Como todos acham que ele está na praia, ele consegue dormir o domingo todo, no escuro, não levanta nem para comer.

6.2.2.4 Caso contrário do conceito de Saúde Mental

L.P.V. 38 anos, do sexo masculino, dá entrada no pronto socorro do Hospital X acompanhado pelo SAMU após acidente com moto. De acordo com relato do enfermeiro do SAMU, o paciente colidiu com sua moto em uma lixeira municipal, sofreu queda da moto e bateu o tórax contra a lixeira de ferro. Ao receber os primeiros socorros, estava sem capacete, confuso, agitado, sem sangramento aparente. Durante atendimento no pronto socorro, L.P.V. relata que estava pilotando sua moto normalmente quando tudo ficou escuro e ele bateu na lixeira. No momento, apresenta-se lúcido, orientado, comunicativo, com palidez cutânea, sem sangramento aparente. Nega dores na cabeça, no pescoço e membros superiores. Refere dor em membro inferior esquerdo devido às escoriações, não apresenta sinais indicativos de fratura. Dispneia e dor à palpação no tórax. Feita a verificação de sinais vitais, apresentou a pressão arterial 130/70mmHg, frequência cardíaca 76bpm, frequência respiratória 19mrpm, saturação de O₂ 97%, Glasgow 15. Encaminhado para realização de exames de imagens.

6.2.2.5 Antecedentes e consequentes do conceito de Saúde Mental

QUADRO 10 - ANTECEDENTES E CONSEQUENTES DO CONCEITO DE SAÚDE MENTAL IDENTIFICADOS NAS TESES, 2017.

ANTECEDENTES	CONSEQUENTES
<ul style="list-style-type: none"> - Isolamento social; - Abandono; - Fragilidade emocional; - Relações familiares desestruturadas; - Ambiente de conflitos; - Relações sociais prejudicadas; - Perdas; - Solidão; e - Baixa afetividade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sofrimento; - Adoecimento familiar; - Baixa qualidade de vida; - Solidão; - Risco para o suicídio; - Medo; - Exclusão; - Perdas; e - Ausência de perspectivas futuras;
<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio emocional; - Relações familiares e sociais fortalecidas; - Ambientes harmoniosos; - Presença de afetividade; e - Capacidade de enfrentamento das adversidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alta qualidade de vida; - Equilíbrio emocional; - Fortalecimento das relações familiares; - Inclusão social; - Presença de perspectivas futuras; - Bem-estar emocional; e - Relações sociais positivas.

Fonte: A autora (2017).

6.2.2.6 Nova definição para o conceito de Saúde Mental

A compreensão do processo saúde-doença que contém a enfermidade e a cura, na população vem se modificando conforme o desenvolvimento científico e social da humanidade (CORREIA, 2011). Na área da Saúde Mental, a mudança em relação ao objeto não ser mais a doença, mas, sim, a pessoa em sofrimento e suas singularidades e subjetividades se deve à Psiquiatria Democrática Italiana e ao processo de desinstitucionalização, como já descrito anteriormente no item 4 deste estudo.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, impulsionada pelo marco teórico da Psiquiatria Democrática Italiana, se caracteriza por uma ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica, ao recusar-se a considerar o sofrimento humano apenas como o objeto simples do transtorno mental, mas considerá-lo em sua complexidade. Para tanto, insiste na necessidade de diálogo entre as diferentes e diversas disciplinas que cuidam da pessoa em sofrimento para criação de uma nova maneira de olhar, de escutar e de cuidar em saúde mental, necessária para o resgate da cidadania e inclusão social (COSTA-ROSA, 2000; AMARANTE, 2007;

YASUI; 2010; COSTA-ROSA, 2013). Percebe-se aqui direta relação dos principais atributos, antecedentes e consequentes identificados nas teses com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e do Modelo Psicossocial, destacando o sofrimento como principal atributo para descrever o transtorno mental.

Alguns enfermeiros destacaram, em suas teses, que o sofrimento que acomete a pessoa pode ser tão intenso a ponto de causar uma ruptura na sua identidade, ora por ela não conseguir se perceber como um ser humano que se relaciona com o mundo, ora pela exclusão social que deixa de ver o ser humano por trás do quadro do transtorno, chegando a vida não ter mais significado para a pessoa.

Percebe-se, assim, que, na Área da Saúde Mental, é necessário superar a visão de que o sofrimento é unicamente de ordem individual, dissociado das demais instâncias em que vive o indivíduo, pois se compreende que a história de vida de cada ser humano é marcada pelas suas relações sociais, familiares, bem como suas experiências culturais. Deste modo, a pessoa passa a ser percebida como alguém que afeta e é afetada pelo mundo, enfatizando a interação e a interdependência dos fenômenos biopsicossociais e espirituais que compõem o homem em sua vivência (COSTA-ROSA, 2000; FRANCISCO; ALVES, 2009).

Neste sentido, conceber o homem em movimento é uma das metas do modelo psicossocial, na consideração de que a consciência e a identidade constituem elementos importantes para a expressão da condição humana. As relações do indivíduo com sua família e comunidade passam a ocupar lugar privilegiado, convocando-se os atores sociais envolvidos, em uma dada situação, a participar da compreensão dos processos que os envolvem e a se responsabilizar pela transformação do seu entorno (YASUI, 2010; COSTA-ROSA, 2000; 2013).

Deste modo, vale reforçar que diante de o objeto de cuidado não ser mais entendido como a doença, abre-se espaço para o relacionamento terapêutico, para o acolhimento, a solidariedade, a escuta. Destarte, cabe mencionar que, para alguns profissionais da saúde militantes da Reforma Psiquiátrica, este novo modo de cuidar torna desnecessário o uso da medicação para minimizar os sentimentos em um momento de intenso sofrimento. Por outro lado, ressalta-se o exposto por Osinaga (2004) ao referir que, no Modelo Psicossocial, o tratamento medicamentoso e o psicoterápico são complementares, não antagônicos, tampouco competitivos, pois em alguns casos os dois são necessários para alcançar resultados mais favoráveis.

No entanto, Correia (2011) defende que a produção do cuidado em saúde mental vai além das necessidades farmacológicas e psicoterápicas, pois o vínculo criado promove novas descobertas, assim como outras demandas relacionadas às necessidades básicas, fruto das desigualdades sociais. Neste sentido, cabe aos profissionais entender que o uso da medicação pode ser importante em alguns casos, mas não é o único tratamento a ser considerado para amenizar o sofrimento mental.

No Modelo Psicossocial, os profissionais desenvolvem o cuidado comprometido e envolvido com ações dirigidas para a atenção ao sofrimento, o que requer o questionamento de posições excludentes voltadas exclusivamente para a atenção biológica e direcionadas para as perspectivas fisiopatológicas do ser. Neste sentido, o cuidado deve fundamentar-se em uma visão que supere a dicotomia corpo-mente e outras tantas divergências perpetuadas ao longo de muitos anos, configurando-se como uma prática apoiada em perspectivas em que a interdisciplinaridade seja um desafio constante (COSTA-ROSA, 2000; YASUI, 2010; CORREIA, 2011; WILLRICH, 2016).

Diante dos atributos apresentados para o conceito defende-se a seguinte definição: ***Saúde mental envolve desde o sentir-se bem, provocado pelo sentido de existir e conseguir enfrentar as adversidades impostas pelas relações com o meio e consigo mesmo até o intenso sofrimento capaz de nublار o sentido de sua existência, ao ponto da capacidade que o ser humano tem de se sentir vivo exaurir.***

6.2.3 Enfermagem em Saúde Mental

6.2.3.1 Descrição do conceito

Nas teses analisadas, foram encontradas algumas descrições para designar a Enfermagem em Saúde Mental. Como exemplificado a seguir, com recortes extraídos das teses, é possível perceber que a Enfermagem na área de saúde mental é revelada como uma especificidade transversal, que ultrapassa a técnica para dar vazão à amplitude que envolve o cuidar da pessoa em sofrimento. Observa-se mudança na concepção da pessoa que sofre mentalmente como alguém além da doença, como um ser humano que, naquele momento, está em

sofrimento e que precisa ser cuidado com liberdade, usufruindo dos dispositivos do Sistema Único de Saúde em seu território, assim como o entendimento por parte do Enfermeiro a respeito da necessidade da construção de diálogos que permitam a troca dos saberes acumulados entre os demais membros da equipe multidisciplinar, de modo a promover práticas integradoras. Ademais, observa-se que:

A Enfermagem em Saúde Mental é responsável pelo cuidado à pessoa em sofrimento no seu território/comunidade [...] promovendo cidadania, autonomia, autocuidado e liberdade [...] é o exercício de uma prática criativa, transitando por diferentes domínios do conhecimento com mais desenvoltura e instaurando uma interlocução com os demais profissionais da equipe, de forma a articular sua especificidade e o saber que é produzido no cotidiano dos serviços (T35, p.13;28;52).

Como descrito anteriormente, um dos grandes desafios na área da Saúde Mental ao longo dos anos tem se constituído na necessidade de reorientar seus saberes e práticas radicados há séculos em um modelo asilar e hospitalocêntrico para um modelo psicossocial de base comunitária, com perspectiva à implantação de novas culturas de convivência com a pessoa em sofrimento mental, restituindo-lhe o direito à vida, à liberdade e à cidadania (COSTA-ROSA, 2000).

Neste sentido, a enfermagem precisa aprofundar seu saber-fazer profissional para estar em consonância com os pressupostos do Modelo Psicossocial e assim desenvolver uma assistência que compreenda a importância dos serviços extra-hospitalares, de base comunitária, que busque oferecer a seus usuários o exercício de cidadania, autonomia e reinserção social (BRUSAMARELLO, 2011; RODRIGUES; BROGNOLI, 2014). No entanto, para que isso ocorra, há necessidade de se trabalhar com uma equipe multidisciplinar, em que as competências de cada profissional devem ser unificadas segundo valores éticos, garantindo um espaço de interconexão entre os saberes e práticas (CARDOSO, 2008; BORBA, 2016).

O enfermeiro pode criar diferentes espaços para produção do cuidado, de modo que o paciente encontre respostas para cada uma de suas demandas. Neste sentido, o desejo de fazer, ajudar, ser solidário e desenvolver um cuidar criativo se torna um exercício diário que vai sendo lapidado por profissionais inquietos, que fazem de sua inconformidade seu melhor e mais eficaz instrumento para aliviar o sofrimento de pessoas com transtornos mentais. O importante é que, na enfermagem, é preciso estar consciente de que a prática em saúde mental é

exercida por fracassos, sucessos, contradições, tentativas, erros e aprendizagens constantes (CASTRO, 2015; SAIDEL, 2015; SANTOS, 2016; ANTONACCI, 2016).

Os pesquisadores descreveram em suas teses a premente necessidade de o enfermeiro transitar por diferentes domínios do conhecimento para desenvolver a prática em saúde mental, incorporando referenciais teóricos como relacionamento interpessoal, comunicação terapêutica, entre outros, que tenham por objetivo o respeito à subjetividade do ser humano, resgate de sua autonomia e sua reinserção social:

Os enfermeiros, para cuidarem em saúde mental, precisam estabelecer as interações proximais face a face, as relações interpessoais terapêuticas, envolvendo a empatia, a comunicação e a escuta. [...] promovendo a reinserção social, a autonomia e subjetividades da pessoa adoecida (T88, p. 101).

As ações singulares para cuidar em saúde mental envolvem conhecimentos para orientar a escuta e, com base na queixa, aproximar e permitir a formulação de um planejamento para o cuidado. Neste sentido, Rodrigues e Brognoli (2014) referem que são necessárias técnicas, posturas e conhecimento para os profissionais que atuam nos serviços de saúde desenvolverem sua prática de modo a acompanhar cada pessoa em seu projeto de cuidado singular.

No Modelo Psicossocial, o enfermeiro assume o papel de agente terapêutico, para tanto, suas ações devem estar voltadas para o indivíduo e para a construção de possibilidades que ajudem esta pessoa na execução de suas atividades diárias e, principalmente, contribuam para sua independência, bem como para a manutenção e/ou recuperação da saúde mental (DIAS, 2008).

Em seu estudo, Borba (2016) refere que, no Modelo Psicossocial, a atuação do enfermeiro precisa ir além do ato de administrar o medicamento prescrito, pois requer conhecimento científico e envolvimento entre profissional-cliente, que pode ser construído por meio da observação atenta, da escuta ativa, do atendimento individualizado, dos grupos terapêuticos e visitas domiciliares.

Neste sentido, os enfermeiros, bem como os demais profissionais que atuam nos serviços de cuidado em saúde mental, devem estar sensíveis à subjetividade imersa nas práticas de saúde mental, necessitando desenvolver atitude solidária afetiva, psicoterapêutica e reabilitatória em relação ao outro (MARTINS, 2014).

Os pesquisadores apresentam em suas produções que a Enfermagem em saúde mental está em transição tanto no que se refere ao objeto de seu cuidado e aos locais em que ele está inserido, quanto à prática que deve ser prestada a esta clientela. Em uma das teses, foi explanada a mudança no significado de Enfermagem psiquiátrica para Enfermagem em saúde mental, referindo que a primeira era centrada na doença em seguimento de uma prática manicomial e a segunda segue os preceitos do paradigma psicossocial em que o objeto de cuidado passa a ser a pessoa em sofrimento, e as práticas devem ser realizadas no território em busca da reabilitação social do ser cuidado. Como exemplificado a seguir:

Enfermagem em saúde mental caracteriza-se pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar que visava à contenção do comportamento dos 'doentes mentais' e à incorporação de princípios novos e desconhecidos, que busca adequar-se a uma prática interdisciplinar, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações (T12, p. 66).

Enfermagem psiquiátrica, envolvendo os transtornos mentais e de comportamento e que busca a proteção, reabilitação e tratamento em saúde, está dentro de um modelo manicomial. A enfermagem em saúde mental tem como objeto o sujeito do sofrimento e objetiva a prevenção, promoção e intervenção em saúde, em nível individual/coletivo, dentro de um modelo psicossocial (T43, p. 155).

As citações anteriores ressaltam que tal como a Psiquiatria, a Enfermagem em saúde mental busca a transformação e adequação de sua prática ao cuidado reabilitador, sustentado na valorização do ser humano em sofrimento, instituído pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

No entanto, esta transição vai de uma concepção positivista marcada pelo modelo asilar disciplinador tendo suas práticas subordinadas ao poderio médico priorizando ações de higiene, vigilância e contenção do comportamento dos pacientes (BECKER, 2012) para uma concepção existencial, marcada pelos preceitos do Modelo Psicossocial, com práticas pautadas em uma política de inclusão com ações voltadas à pessoa em sofrimento e suas necessidades de reabilitação psicossocial (CARDOSO, 2008).

Ao analisar as teses, é possível perceber que os termos Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em saúde mental ainda são usados como sinônimos, e poucos foram os autores que defenderam a mudança na concepção desta terminologia, associando os termos apresentados ao Modelo Asilar e Modelo

Psicossocial, respectivamente. Cabe destacar que, em todas as teses incluídas neste estudo, os dois termos se referiam a uma Enfermagem que busca caminhar de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e das concepções do modelo psicossocial, tendo o enfermeiro como importante agente de mudança na área da saúde mental.

Estudo conduzido com o objetivo de analisar ações desenvolvidas pelos enfermeiros no seu cotidiano de trabalho em Centros de Atenção Psicossocial no Sul do Brasil mostrou que as ações cotidianas do enfermeiro nos serviços substitutivos, apesar de às vezes ainda se aproximarem da reprodução histórica do modelo asilar, na maior parte das vezes se constituem em ações coerentes com a Reforma Psiquiátrica, por se caracterizarem como atividades de inclusão e do cuidado em liberdade, talvez necessitando ainda avançar no sentido de desenvolver ações que envolvam mais o território (WILLRICH, 2016).

Neste sentido, destaca-se que a prática na Enfermagem em saúde mental requer de seus profissionais empenho para mudar, ter abertura para o novo e para o diferente. As mudanças no modo de olhar para Saúde Mental fomentado pelas conquistas da Reforma Psiquiátrica reforçam que o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico implica necessidade de práticas e posturas permeadas pelo respeito, ética e responsabilidade. A configuração de tais práticas se orienta com base em fundamentos epistemológicos que se situam em ruptura com o modelo asilar, atribuindo um novo sentido na forma de perceber o transtorno mental, instaurando, assim, o Modelo Psicossocial (DIAS, 2008; YASSUI, 2010).

6.2.3.2 Atributos e referências empíricas do conceito de Enfermagem em Saúde Mental

QUADRO 11 - ATRIBUTOS DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL IDENTIFICADOS NAS TESES E RESPECTIVAS DEFINIÇÕES EMPÍRICAS, 2017.

Continua

ATRIBUTOS	REFERÊNCIAS EMPÍRICAS
Cuidado centrado na pessoa, considerando a subjetividade e complexidade do indivíduo em sofrimento	Relatos e observação de que o cuidado de enfermagem em saúde mental ultrapassa o modelo biomédico com foco nos sinais e sintomas e passa ser centrado no ser humano em sofrimento, considerando sua subjetividade e complexidade.

QUADRO 11 - ATRIBUTOS DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL, IDENTIFICADOS NAS TESES E RESPECTIVAS DEFINIÇÕES EMPÍRICAS, 2017.

Continua

ATRIBUTOS	REFERÊNCIAS EMPÍRICAS
Trabalho em equipe interdisciplinar	Relato, autorrelato e observações de que o cuidado de enfermagem não deve ser isolado, mas, sim, compartilhado com os demais membros da equipe multidisciplinar promovendo troca de saberes entre as diferentes especialidades.
Agente terapêutico	Relato e observação de que a enfermagem deve fazer visita domiciliar, grupo terapêutico (operativo, saúde), entre outros.
Cuidado articulado com a rede social e cultural	Relato, autorrelato e observação de que a Enfermagem precisa cuidar de modo a vislumbrar a possibilidade do resgate social, para tanto, é necessária uma articulação com centros de assistência social, espaços culturais como museus, escolas de arte e música, universidades, entre outros. Atividades de inclusão para a pessoa em sofrimento.
Cuidado articulado com a rede de saúde	Relatos, autorrelatos e observação de que o profissional de enfermagem que cuida da pessoa em sofrimento mental precisa estar articulado com todos os serviços de saúde do território, assim poderá encaminhar o paciente para receber diferentes cuidados nos serviços da rede como atendimentos de urgência e emergência, psicoterapias, serviços odontológicos, entre outros.
Cuidado sistematizado	Relatos, autorrelatos e observações de que o enfermeiro em saúde mental necessita realizar a consulta de enfermagem com o paciente e com seus familiares, levantar suas necessidades de cuidado, planejar as metas de cuidado em conjunto com o paciente e sempre que possível envolvendo o familiar neste planejamento. Avaliar as ações e fazer alterações quando necessário. Ainda, registrar todas as etapas desenvolvidas.
Relacionamento terapêutico	Relatos, autorrelatos e observações de que o enfermeiro precisa utilizar os recursos terapêuticos para se relacionar com a pessoa em sofrimento, estabelecer uma relação de confiança, com envolvimento emocional, oferecimento de apoio e ajuda no manejo deste sofrimento, aplicando o acolhimento, a comunicação terapêutica, a escuta, a empatia entre outros.
Promoção de ações educativas em saúde para o paciente, familiar, comunidade	Relatos, autorrelatos e observações de que os enfermeiros precisam desenvolver ações educativas em saúde para o paciente, familiares e comunidade em geral a fim de promover melhor compreensão da saúde mental. Ações educativas que possam valorizar a cidadania, potencializar a autonomia das pessoas com transtorno mental, fomentando a participação ativa dos familiares e das pessoas da comunidade no cuidado, alívio e prevenção do sofrimento.
Cuidado à família	Relato, autorrelato e observações de que o cuidado à pessoa em sofrimento envolve o seu entorno como a família e a comunidade. Assim, a família é entendida como núcleo em sofrimento que precisa ser acolhida e integrada ao tratamento do seu familiar.
Autocuidado da saúde mental	Relatos, autorrelatos e observações a respeito da necessidade de ações promotoras de saúde mental individual, da equipe e da comunidade.

QUADRO 11 - ATRIBUTOS DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL, IDENTIFICADOS NAS TESES E RESPECTIVAS DEFINIÇÕES EMPÍRICAS, 2017.

Conclusão

ATRIBUTOS	REFERÊNCIAS EMPÍRICAS
Conhecimento sobre políticas e teorias que fundamentem o cuidado em saúde mental.	Relato, autorrelato e observações da necessidade do conhecimento sobre a história da saúde mental, sobre as principais causas de sofrimento humano e as diferentes formas de manifestação deste sofrimento, referenciais teóricos que fundamentam as diferentes possibilidades de cuidado da pessoa em sofrimento e as políticas públicas que regem a atenção em saúde mental no país. Todo este arcabouço teórico e político é necessário para construção de projetos terapêuticos que almejam reabilitação psicossocial.
Ações de cuidado em diferentes espaços da comunidade.	Relato, autorrelato e observações sobre a capacidade de atuação em diferentes espaços de cuidado como instituições hospitalares, dispositivos especializados, domicílio, escolas, entre outros.

Fonte: A autora (2017).

6.2.3.3 Caso Modelo do conceito de Enfermagem em Saúde Mental

Enfermeira G.A. desenvolve mais uma atividade de grupo terapêutico com os pacientes no CAPS. Hoje será abordado o tema “Promoção da sua saúde mental”. A enfermeira inicia o grupo com a seguinte pergunta: *o que você gosta de fazer?* Muitos expressam que gostam de ler, andar, fazer atividade física, cozinhar, brincar com os filhos, entre outros. Então a enfermeira insere a segunda pergunta: *O que você faz que lhe provoca uma sensação de bem-estar?* Os participantes relatam experiências que lhes proporcionam conforto, e a profissional segue estimulando o grupo quanto à importância de inserir em sua rotina uma programação para desenvolver atividades saudáveis e promotoras de bem-estar como um cuidado à sua saúde mental. Refere para o grupo que seu exemplo de cuidado com saúde mental é correr no parque duas vezes por semana, que sempre que faz esta atividade se sente energizada e disposta a enfrentar o mundo. Para finalizar, pergunta ao grupo: *O que acham de fazermos um planejamento semanal para incluirmos estas atividades que vocês relataram como meta individual de cuidado?* Durante a realização do grupo, a enfermeira observa que dois participantes, K.L e F.R., não expressam seus pensamentos para o grupo, mesmo quando ela tenta incentivá-los, e pela comunicação não verbal entende que estão dispersos e não se concentram na atividade que foi proposta. Faz uma anotação para discutir com os demais profissionais da equipe sobre o caso. No final da atividade, uma das

integrantes do grupo, L.S., a procura para solicitar uma conversa em particular. No atendimento individual, a enfermeira escuta atentamente o relato de L.S. e percebe pela forma de olhar e postura corporal que ela está desconfortável durante o relato sobre seu casamento. Ela refere que está passando por um momento complicado, pois seu marido reclama que a única coisa que ela faz para sair de casa é ir ao CAPS, além disso, sente dificuldade de se aproximar do esposo, pois experimenta vergonha por tudo o que disse e fez quando estava em intenso sofrimento. A enfermeira pergunta à paciente: *Você pensou em algo que poderia ser feito para melhorar esta relação?* L.S. refere que gostaria que seu marido fosse chamado para vir ao CAPS e para uma conversa em conjunto, ela, o marido e a enfermeira, assim a profissional poderia escutar o que seu marido pensa e, quem sabe, ajudar. G.A. concorda, entra em contato com o marido de L.S. e pede se ele pode comparecer ao serviço para conversarem no dia seguinte. Após tranquilizar L.S., despede-se e passa a registrar nos prontuários dos pacientes que participaram do grupo terapêutico o cuidado realizado, avaliação das particularidades de cada um, os diagnósticos de enfermagem levantados, o planejamento do cuidado pactuado com cada paciente com a observação de que os demais profissionais contribuam para sua execução. No dia seguinte, L.S. comparece ao CAPS acompanhada pelo marido. Em conversa particular com a profissional, o marido refere que se sente um pouco desanimado, pois observa sua esposa sempre quieta, sem sair de casa e pensa que se ela voltasse a trabalhar fora, como advogada, sairia um pouco mais de casa e teria oportunidade de conversar com outras pessoas. Durante a conversa, a enfermeira conduz o marido a perceber que neste momento sua esposa se encontra fragilizada pelo sofrimento e que as exigências de um ambiente de trabalho podem ser positivas, mas também podem vir a agravar o estado dela, caso surja alguma situação que ela não tenha forças para enfrentar. A profissional conta ao marido que L.S. expressou em atendimento com o psicólogo que não se sente pronta para enfrentar a pressão do ambiente do trabalho. Pergunta ao marido se pode chamar sua esposa para juntos encontrarem outras possibilidades de socialização. Junto com L.S., a enfermeira resgata a atividade realizada no grupo terapêutico do dia anterior sobre o cuidado que pode ser feito para cuidar da nossa saúde mental. No meio da conversa, sugere que o casal poderia descobrir algo que pudessem fazer juntos nos espaços da comunidade. O marido comenta que uma coisa que gostavam muito de fazer era sair para dançar. A enfermeira comenta que a escola

perto CAPS, onde ela realiza ação educativa sobre a promoção de saúde mental para as pessoas da comunidade quinzenalmente, também oferece aula de dança de salão para adultos gratuitamente, e pergunta para o casal sobre a possibilidade de eles entrarem para turma de dança. O marido refere ser uma boa ideia e a esposa fica pensativa. A enfermeira conversa com L.S. sobre a importância de resgatar o convívio com outras pessoas e que isso poderia ser mais fácil se acontecer por meio de atividades que sejam prazerosas. E que esta pode ser uma oportunidade para aproximá-los como casal também. L.S. refere que pode ser difícil, mas concorda em tentar. A enfermeira liga para a escola, fala com a responsável pela atividade de dança para a comunidade, explica sobre a importância desta atividade para a reabilitação psicossocial da paciente e consegue uma vaga para o casal na turma que já iniciou há duas semanas. Registra todo o ocorrido no prontuário da paciente e acrescenta esta meta para acompanhamento no plano terapêutico individual da paciente. Em reunião da equipe, a enfermeira compartilha o caso da paciente e conta como foi seu grupo terapêutico da semana, aproveita para relatar sobre os dois participantes que estavam com dificuldade de interagir com os demais, K.L e F.R. O psicólogo conta como têm sido as atividades com eles e que também percebe esta dificuldade de fala. A terapeuta ocupacional comenta que na oficina de arte eles participam e conseguem manter um pouco mais a concentração na atividade. O psiquiatra lembra que estes dois pacientes tiveram um histórico de longos internamentos em hospitais psiquiátricos, o que pode contribuir para dificuldade de relacionamento com outros colegas. O técnico de enfermagem lembra que a família nunca veio no CAPS e a assistente social refere que um dos pacientes mora com o tio e o outro mora sozinho em uma casa nos fundos da casa dos avós. Após alguns momentos de discussão dos casos, a equipe decide entrar em contato com a Unidade Básica de Saúde para acompanhar uma visita domiciliar à casa dos dois pacientes e, assim, tentar uma aproximação para entender a relação familiar existente, bem como encontrar estratégias de reabilitação psicossocial junto à comunidade.

6.2.3.4 Caso Contrário do conceito de Enfermagem em Saúde Mental

Enfermeira M.C., do hospital psiquiátrico do Município X, está em sua sala preenchendo relatório quando é informada que J.C.L., de 28 anos, com Transtorno

Bipolar, internado há 32 dias, está muito agitado. Vai até o psiquiatra e o informa, que o mesmo refere que talvez esteja na hora de alterar a medicação e prescreve outra medicação para ser administrada. Enfermeira vai até o posto de enfermagem para entregar a prescrição e é abordada pelo paciente. O paciente diz para a enfermeira que precisa ligar para sua mãe. Que precisa muito ligar para sua mãe. A enfermeira diz para ele se acalmar, pois está muito agitado. O paciente tenta mais uma vez falar para enfermeira, referindo que já explicou para todo mundo que ele não está agitado, mas o fato de ninguém o ouvir o está deixando “maluco” da vida. Expressa que ele precisa ligar para sua mãe, pois hoje é aniversário dela e nunca em todos os seus 28 anos de existência ele deixou de dar os parabéns para ela no aniversário. É só isso que ele precisa. A enfermeira responde que ele está internado para tratamento da sua doença e que quando for de alta pode dar os parabéns atrasado. Pede para ele ir se deitar um pouco para se acalmar, que logo ela vai medicá-lo.

6.2.3.5 Antecedentes e consequentes do conceito de Enfermagem em Saúde Mental

QUADRO 12 - ANTECEDENTES E CONSEQUENTES DO CONCEITO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL, 2017.

ANTECEDENTES	CONSEQUENTES
<ul style="list-style-type: none"> - Formação acadêmica a respeito das Políticas Públicas relacionadas à Saúde Mental; - Formação do estudante de Enfermagem dentro do modelo psicossocial; - Educação Permanente; - Disponibilidade do profissional; - Abertura do Profissional; - Protocolos e fluxos para o cuidado; - Respeito à subjetividade do ser humano; - Conhecimento do território onde atua. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valorização das potencialidades da pessoa em sofrimento; - Vínculo. - Promoção de saúde mental para o indivíduo, família, equipe e comunidade; - Cuidado humanizado; - Desenvolvimento de significados e conhecimento compartilhado; - Atendimento qualificado; - Resultados positivos no atendimento ao paciente; - Promoção da Resiliência da pessoa em sofrimento e dos familiares; - Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Fonte: A autora (2017).

6.2.3.6 Nova definição para o conceito de Enfermagem em Saúde Mental

Ao analisar o conceito de Enfermagem em Saúde Mental nas teses selecionadas, foi possível perceber avanço a respeito dos significados que envolvem

esta área de atuação profissional na saúde mental, fundamentado fortemente pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica e do Paradigma Psicossocial.

Ressalta-se que existe uma clareza nas teses analisadas sobre qual prática profissional se almeja desenvolver, o que será necessário desconstruir e, principalmente, identificar as dificuldades que irão permear este caminho para uma nova construção, bem como a constatação da necessidade premente de transcender as práticas assistenciais biomédicas pautadas no controle de sinais e sintomas da doença, para desenvolvimento de cuidados que percebam o ser humano em sofrimento, considerando sua subjetividade e complexidade.

Para Saraceno (2011), o modelo biomédico é proveniente do paradigma positivista, no qual se opera sob a ótica de que, para cada doença, existe uma causa, e para cada sintoma, é proposto um tratamento. O autor explicita que esse princípio é simplificador na forma de compreender o sofrimento psíquico e formular respostas, pois está centrado no indivíduo, particularizando a doença e desconsiderando a interação entre o indivíduo e o seu contexto social e histórico.

Nesse aspecto, a Saúde Mental não deve ser considerada apenas especialidade, mas como área transversal no processo saúde-doença, exigindo dos profissionais, entre eles os da enfermagem, condução de cuidados de saúde fundamentados em conhecimentos, habilidades e atitudes que lhes permitam a utilização adequada das ferramentas de cuidado, com o fim de promover o bem-estar dos indivíduos (RODRIGUES, 2010; YASUI, 2010; MIELKE, 2013; MOOL, 2013).

Para tanto, foi evidenciado nas teses que o enfermeiro precisa desenvolver recursos terapêuticos que permitam o envolvimento com a clientela em saúde mental, estabelecendo uma relação de confiança, com comprometimento emocional, oferecimento de apoio e ajuda no manejo do sofrimento desta população, aplicando recursos do acolhimento, a comunicação terapêutica, a escuta, a empatia, entre outros, promovendo a construção de vínculo entre o profissional e a pessoa em sofrimento.

Destaca-se, neste sentido, que o Modelo Psicossocial fundamentado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica preconiza estes recursos terapêuticos para a construção de vínculo, o acolhimento e a escuta como ferramentas essenciais na atenção em saúde mental, pois asseguram aos indivíduos o direito de participar do tratamento e opinar nas decisões que o incluem, possibilitando, ainda, que o

profissional compreenda o sofrimento psíquico no contexto do usuário, valorizando suas experiências e atentando para suas necessidades, incluindo no cuidado os diferentes aspectos que compõem a realidade da pessoa (COSTA-ROSA, 2000; OLSCHOWSKY, 2001; RIBEIRO, 2005; SANTOS, 2006; MIELKE, 2013; MOOL, 2013).

Contudo, o desenvolvimento do relacionamento terapêutico exige do enfermeiro conhecimentos para perceber e entender as manifestações de comportamentos decorrentes de riscos à saúde e sofrimento mental (TRAVELBEE, 1979; 1982; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008). As autoras referem que são necessários alguns componentes essenciais para o desenvolvimento do relacionamento terapêutico como autoconhecimento, capacidade de amar e ser amado, aceitação e não julgamento, dependência aceita, interdependência e independência, empatia e envolvimento emocional, confiança, respeito mútuo, conhecimento de comunicação terapêutica, entre outros.

Neste aspecto, o enfermeiro deve comunicar um senso de estar presente e prover conforto e suporte emocional, além de avaliar o impacto das transições de vida no *status* de saúde ou sofrimento mental do ser humano. Para fortalecer o relacionamento entre enfermeiro e paciente, também são necessários desenvolvimento de autonomia e confiança, a fim de promover mudanças de comportamento. Para tanto, é imprescindível que o enfermeiro faça a avaliação do nível de comprometimento do paciente e sua aceitação quanto ao plano de cuidados. O enfermeiro deve ter ainda a habilidade de monitorar e refletir sobre suas próprias respostas emocionais na interação com paciente e utilizar tal conhecimento para promover interação terapêutica (TRAVELBEE, 1979; 1982; TOLEDO, 2004; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Neste sentido, a comunicação na área da Saúde Mental assume real importância diante do potencial de impacto que pode ter na contribuição da melhoria do estado de sofrimento. Por isso, trata-se de um instrumento fundamental para relação entre o profissional e uma pessoa vulnerável, grupo, família ou comunidade que necessitem de cuidados (SIQUEIRA, 2014).

Por meio da comunicação, um profissional de saúde tem acesso ao outro, à sua história, ao seu contexto e às suas necessidades. No entanto, dependendo do conhecimento do referencial da comunicação terapêutica, o enfermeiro pode criar um contexto favorável ou desfavorável. Neste sentido, o profissional precisa fazer

uso de um conjunto de técnicas que tenham como objetivo ajudar as pessoas a resolver seus problemas e a se relacionar melhor consigo e com os outros (SIQUEIRA, 2014). Ainda segundo este autor, a comunicação terapêutica pode ser uma ação terapêutica por si só ou completar a ação terapêutica de outra intervenção. No entanto, é necessário esclarecer que a comunicação, para ser terapêutica, precisa ter um objetivo específico, uma intencionalidade dirigida para a situação da pessoa, e isto requer determinadas competências como capacidade de escuta, disponibilidade, aceitação, e a utilização de um conjunto de técnicas de comunicação verbal e não verbal, nas quais a empatia e a assertividade desempenham um papel central. Outras técnicas usadas na comunicação terapêutica são o toque, o olhar, o silêncio, a interpretação, a orientação, entre outros (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; SIQUEIRA, 2014).

Cabe ressaltar que a escuta terapêutica não é constituída somente de um momento para ouvir as falas das pessoas em sofrimento, mas é um dispositivo de produção de sentidos que possibilita a minimização da angústia pela escuta de si que passa pelo fato de ser escutado pelo outro (LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015).

Sobre este aspecto, Amarante (1999) chama a atenção para o uso de recursos estratégicos que proporcionem uma melhor escuta e cuidado à pessoa em sofrimento visando ao fortalecimento dos laços entre aqueles que se relacionam.

Os achados nas teses sobre a enfermagem em saúde mental acrescentam a necessidade de ela ser desenvolvida com ações diferenciadas que incentivem a pessoa em sofrimento a conquistar sua reabilitação psicossocial. Incluem-se nestas ações a visita domiciliar para identificar fragilidades nas relações com familiares e necessidades sociais, grupos terapêuticos que visem à troca de experiência entre os participantes, por meio do qual um se fortalece ao conhecer o sofrimento do outro; oficinas terapêuticas nas qual se promova o desenvolvimento de habilidades como artesanato e pintura que possam promover independência financeira; grupos de educação em saúde em que o profissional possa estimular o autocuidado por meio da autoconsciência, do controle do pensamento entre o real e imaginário; entre outros.

Acerca das oficinas terapêuticas, Yasui (2010, p. 166) defende que:

[...] são um instrumento de produção de cuidado que tem sido amplamente adotado nos novos serviços substitutivos. Nesses espaços, se desenvolvem atividades artísticas e artesanais, que podem privilegiar

tanto a expressão, quanto o aprendizado de alguma habilidade (marcenaria, papel reciclado etc.) ou privilegiar a possibilidade de uma articulação social [...] Embora a utilização de atividades esteja marcada historicamente com o asilo e com as estratégias de tratamento moral, na Reforma Psiquiátrica, no interior dos serviços substitutivos, ganhará uma dimensão radicalmente distinta de sua origem como ocupação do tempo ocioso.

Neste sentido, o contexto psicossocial exige dos enfermeiros práticas flexíveis, criativas e responsáveis que busquem valorizar as singularidades e subjetividades do indivíduo, de modo a desmitificar o imaginário social acerca do transtorno mental (DIAS, 2008; RODRIGUES, 2010).

Assim, a Enfermagem em Saúde Mental precisa cuidar de modo a vislumbrar a possibilidade do resgate social, para tanto é necessária uma articulação com centros de assistência social, espaços culturais como museus, escolas de arte e música, universidades, instituições religiosas, entre outros, atividades que despontem a inclusão para a pessoa em sofrimento. Esta ideia coaduna com o apontado por Costa-Rosa, Yasui e Luzio (2003) ao sustentarem que o paradigma psicossocial fomenta a articulação de iniciativas de resgate da cidadania e inserção social, possibilitando a produção de mudanças no campo sociocultural.

Estudo de Rodrigues (2010) conduzido com o objetivo de analisar o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental nos cursos de graduação de Enfermagem no estado de Santa Catarina descreve que o cuidado de enfermagem na atenção psicossocial envolve a implicação subjetiva e sociocultural do enfermeiro, atitude permanente de pesquisa e atualização, ampliação de espaços de participação e investimento constante no processo de autoconhecimento para que a pessoa em sofrimento mental possa retomar o controle de sua história de vida mesmo em seu processo de sofrimento.

No concernente à formação, as teses mostraram que a Enfermagem em Saúde Mental precisa ter domínio de sua história, conhecer as principais causas de sofrimento humano e as diferentes formas de manifestação do sofrimento e dos transtornos mentais e comportamentais, referenciais teóricos que fundamentam as diferentes possibilidades de cuidado da pessoa em sofrimento e as políticas públicas que regem atenção em saúde mental no país.

Neste sentido, alguns autores ressaltam a importância de a formação profissional na área da saúde mental acontecer de forma transversal às demais disciplinas, uma vez que o sofrimento pode estar presente em diferentes fases do

desenvolvimento humano. A emergência dessas novas demandas pautadas na inclusão e atendimento da pessoa em sofrimento mental nos diferentes serviços de saúde da comunidade exige da formação acadêmica e da educação permanente nos serviços de saúde uma reflexão que aponte, minimamente, parâmetros que servirão como subsídios aos profissionais de enfermagem para prestar cuidados em saúde mental firmemente ancorados numa matriz teórica, que lhes possibilite cuidar do sujeito em sua existência concreta e complexa (OSINAGA, 2004; MAFTUM, 2004; RODRIGUES, 2010).

Ao se abrirem as portas dos manicômios, surgiram iniciativas de formação de equipes multiprofissionais, criação de ambulatórios de saúde mental, centros de atenção psicossocial e hospitais-dia, diferentes territórios que, juntos, aumentaram as possibilidades de a pessoa em sofrimento se libertar de sua condição de confinamento espacial (PITIÁ, 2002). Neste sentido, observou-se claramente nas teses que a Enfermagem em Saúde Mental não deve ser isolada, pois sua prática precisa estar agregada à prática dos demais membros da equipe multidisciplinar, promovendo troca de saberes entre as diferentes especialidades e em diferentes espaços de cuidado como intuições hospitalares, dispositivos especializados, domicílio, escolas, entre outros.

O cuidado em saúde mental na comunidade tem um diferencial que o distingue das práticas existentes nos cenários especializados e que a coloca em local privilegiado e estratégico. Como se refere a um espaço rico em trocas humanas e recursos comunitários, a implementação de acolhimento, relacionamento terapêutico, comunicação terapêutica, entre outros, se dão como possibilidades para criar vínculos e fortalecer as relações existentes entre os diferentes agentes envolvidos no processo saúde e transtorno mental (LIMA; YASUI, 2014).

Neste sentido, destaca-se a necessidade de a Enfermagem em Saúde Mental promover saúde mental para equipe, por meio da construção de espaços para o diálogo entre os profissionais, nos quais eles possam expor suas dificuldades e angústias, fomentando um momento em que um possa cuidar do outro. De acordo com Willrich (2016), ao se sentirem cuidados os profissionais se tornam comprometidos eticamente com o cuidado ofertado à pessoa com algum transtorno mental, seus familiares e comunidade.

De acordo com Amarante (1999), o psiquiatra Italiano Franco Basaglia sempre enfatizou que não é a mudança dos espaços físicos para tratamento em

saúde mental que vai garantir o caráter terapêutico das ações, mas, sim, o tipo de relação estabelecida no interior dessas novas organizações assistenciais. Portanto, construir uma relação de vínculo e confiança, que possibilite espaços para o exercício da liberdade e produção de singularidades, irá contribuir para a produção das subjetividades e consentir que a pessoa em sofrimento seja protagonista do seu tratamento.

Algumas teses destacaram a necessidade de o enfermeiro em saúde mental realizar sua prática de forma sistematizada por meio da consulta de enfermagem com o paciente e com seus familiares, levantamento de suas necessidades de cuidado, planejamento das metas de cuidado em conjunto com o paciente, sempre que possível, envolvendo o familiar neste planejamento e avaliação das ações realizadas. Destacaram ainda a importância do registro de todas as etapas desenvolvidas para garantia da continuidade do cuidado bem como para o respaldo ético de suas ações.

A sistematização da assistência de enfermagem na área de saúde mental permite cuidar da pessoa em sofrimento por meio da valorização dos padrões de reações humanas de modo a focar em sua essência a totalidade sadia do paciente, deixando de lado o paradigma obsoleto de planejar as ações de enfermagem tendo como pano de fundo o transtorno mental (PAES, 2013).

Para proporcionar melhor atendimento, tornam-se imprescindíveis ações assistenciais que promovam a integração social da sua clientela e minimizem os efeitos do preconceito na vida do usuário. Infelizmente, esse processo de desmitificação da loucura ainda tem um longo caminho a percorrer até se dissiparem concepções errôneas presentes no imaginário popular (CORREIA, 2011).

Observa-se, diante do apresentado, que a Enfermagem em Saúde Mental exige mudança na forma de pensar e agir de seus profissionais, pois o enfermeiro abandona o papel de mero executor de tarefas que tinha como objeto de cuidado a doença para desenvolver o papel de agente terapêutico, integrante de uma equipe interdisciplinar, cujo objeto de cuidado é a pessoa em sofrimento, independentemente do ambiente em que ela se encontre.

No pensar de Amarante (1999), é lidando cotidianamente com as pessoas e familiares de pessoas com transtornos mentais que se superam as formas anteriores de tratamento e assistência, baseadas nas internações em hospícios, isolamento, invalidação e mortificação. As mudanças só ocorrerão se os profissionais

exercitarem novas formas de cuidado e acolhimento, centradas nas novas escutas, em novas formas de convívio social e em novas formas de ações terapêuticas. Assim, o familiar, acostumado a ver a pessoa em sofrimento internada, isolada e desconsiderada como cidadão, apreende outra forma de lidar com ele, vislumbrando o fortalecimento de suas potencialidades e buscando, para suas dificuldades, outros caminhos que não o da institucionalização.

Espera-se que a enfermagem psiquiátrica, entendida no paradigma psicossocial como enfermagem em saúde mental, se constitua, como defendia Travelbee (1979; 1982), em um processo interpessoal, mediante o qual o profissional ajuda uma pessoa, família, ou comunidade com o objetivo de promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência do sofrimento mental e, se for necessário, contribuir para que esta pessoa encontre um sentido para estas experiências.

O Paradigma Psicossocial reforça a ideia da necessidade de os profissionais que atuam nesta área desenvolverem práticas flexíveis que busquem valorizar as singularidades e subjetividades da pessoa em sofrimento, com transformação da concepção do ser humano em saúde mental como alguém que, naquele momento, está em sofrimento e que precisa ser cuidado com liberdade, usufruindo dos dispositivos do Sistema Único de Saúde em seu território (COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2003; TOLEDO, 2004; MAFTUM, 2004; AMARANTE, 2007).

Diante dos atributos apresentados para o conceito de enfermagem em saúde mental, ensaia-se sua descrição, tendo como base o Modelo Psicossocial. ***A Enfermagem em saúde mental é constituída por profissionais que atuam como agentes terapêuticos. Que desenvolvem sua prática fundamentada em conhecimento científico e político, pertencentes a uma equipe interdisciplinar que atua em diferentes serviços e espaços da comunidade e desenvolvem o cuidado centrado na pessoa, considerando a subjetividade e a complexidade do indivíduo em sofrimento e de sua família.***

6.2.4 Ambiente em Saúde Mental

6.2.4.1 Descrição do conceito

Na análise do conceito Ambiente em Saúde Mental, constatou-se, nas teses, a alusão a diferentes espaços na comunidade para o desenvolvimento do tratamento e do cuidado, sendo eles relacionados aos serviços de saúde disponíveis à população em geral por meio da rede de atenção à saúde (RAS), da rede de atenção psicossocial (RAPS) e da rede de apoio social, que existem no território em que a pessoa em sofrimento mental reside. Esta última compreende todos os locais de convivência social, que permitam a interação, a socialização e ressocialização da pessoa com transtornos mentais. Inclui o âmbito e as interações familiares, espaços comunitários como grupos de autoajuda, organizações não governamentais, instituições religiosas, instituições de formação, de trabalho e lazer, entre outros.

Ao se referirem ao ambiente em saúde mental, suas redações fazem alusão aos preceitos da Reforma Psiquiátrica e às políticas públicas vigentes no País que elegeram o território como ambiente para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação social da pessoa com sofrimento mental. Sendo assim, percebe-se, no exemplo a seguir, recortado de uma tese analisada, que o autor refere que a assistência em saúde mental pauta sua organização nos serviços substitutivos dentro da comunidade, não mais no hospital psiquiátrico no qual a doença era o foco do cuidado, não o ser humano em sofrimento. Ressalta ainda que, neste novo modelo de tratamento, a responsabilidade do cuidado deixa de ser exclusiva dos profissionais de saúde e passa ser compartilhada com os demais membros da comunidade:

A organização da assistência tem como foco os serviços substitutivos ao modelo centrado na doença, com o redirecionamento dos recursos antes destinados ao modelo hospitalocêntrico; a questão loucura deixa de ser preocupação exclusiva dos técnicos e passa a envolver a comunidade (T02, p.07).

Como novo paradigma, o Modelo Psicossocial é constituído por duas esferas distintas e indissociáveis: a político-ideológica, cuja finalidade é construir um lugar social para as pessoas que sofrem com um transtorno mental diferente daquele da exclusão e segregação social, permeado pelos conceitos como anormalidade, periculosidade, incapacidade e defeito; e a teórico-técnica, que busca a elaboração de novas teorias e práticas capazes de viabilizar os objetivos apontados pela primeira esfera, tendo como princípios o respeito e a tolerância às diferenças e aos

direitos humanos (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; YASUI, 2010).

No entanto, Costa-Rosa (2000) defende que, para se instituir o Modelo Psicossocial, é necessário dar fim ao modelo asilar, e para isso é preciso construir novas e fortes relações entre quem cuida e quem é cuidado, expandir os espaços de cuidado e de convivência para pessoa em sofrimento e seus familiares em busca de novas possibilidades de troca social para que o objeto de cuidado possa encontrar estratégias de estar e se relacionar com o meio (COSTA-ROSA, 2000; 2013).

Destaca-se que, para ser de fato substitutivo, é necessário que o serviço tenha uma atuação territorializada e assuma total responsabilidade no que diz respeito à atenção das pessoas em sofrimento mental, que vivem ou circulam dentro do seu território de ação (MACHADO; SANTOS, 2013). Estes autores referem que ser um serviço substitutivo equivale a dizer que a responsabilidade não pode ser interrompida quando se supõe que tenham se esgotado os recursos existentes para determinado sujeito, sendo, muitas vezes, necessário envolver a comunidade e entendê-la como promotora de recursos que podem ser inclusos no plano terapêutico do indivíduo.

As teses selecionadas para este estudo foram desenvolvidas em diferentes regiões do País, como Nordeste, Sudeste, Sul, entre outras, e apesar da dificuldade de evidenciar nas suas análises uma definição para ambiente em saúde mental, pois sempre que eram apresentadas estas definições, elas se referiam aos referenciais da Reforma Psiquiátrica, tendo sido possível observar a existência de diversos serviços nos quais a pessoa em sofrimento mental é atendida. Os serviços mencionados foram os CAPS em suas diferentes modalidades de atendimento, Serviço de Residência Terapêutica, Atenção Primária em Saúde, Leitos em Hospital Geral e Serviço de Urgência e Emergência. Ressalta-se que estes serviços foram citados principalmente na descrição do território em que os participantes dos estudos estavam inseridos. Como exemplificado a seguir:

A Rede de Atenção Psicossocial do município conta com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - um CAPS tipo II (CAPSII), CAPSi (infantil), e um CAPSad (álcool e drogas); um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), além de suporte da rede básica, leitos no Hospital Geral, atendimento à urgência e outros serviços do município (T88; p. 127).

De acordo com Yasui (2010, p. 115), a Reforma Psiquiátrica fomentou a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico no território, sendo o CAPS "o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental". Ainda para este autor, o CAPS é mais que um serviço, implica a tessitura de uma rede para o cuidado no território, pela responsabilização e acolhimento de forma a propiciar diálogo entre os profissionais e produção de consensos provisórios em torno de certas condutas de tratamento.

A Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, descreve que o cuidado no CAPS precisa ser desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual (PTI), que deve ser construído de modo coletivo, com o envolvimento dos profissionais, do usuário e sua família, garantindo permanentemente o processo de cogestão e acompanhamento do caso por todos os atores envolvidos. Além disso, este PTI deve estar articulado com os demais recursos terapêuticos da comunidade para garantir a inclusão e a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Em algumas teses, observou-se referência de que a Atenção Primária em Saúde se caracteriza como porta de entrada para o cuidado em saúde da população do seu território e diante desta abrangência lhe cabe também a responsabilidade de receber e cuidar da pessoa em sofrimento mental e seus familiares. No entanto, referem que, nos casos em que sejam necessárias intervenções especializadas em saúde mental, o sujeito deve ser encaminhado para o CAPS. Como exemplificado a seguir:

A porta de entrada para os serviços de saúde está condicionada à Atenção Primária, incluindo nesta prática a Atenção Psicossocial, pois cabe à Atenção Primária acolher e encaminhar a pessoa mentalmente doente e sua família para os serviços especializados, quando necessário (T87, p. 36).

A Atenção Primária à Saúde é entendida como uma atenção ambulatorial não especializada ofertada por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se caracteriza pelo desenvolvimento de atividades em saúde que não necessitem de recursos tecnológicos avançados e conhecimentos especializados. Além disso, entende-se que os serviços que

compõem a Atenção Primária em Saúde são espaços onde ocorre, ou deveria ocorrer, o primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde do Município (LAVRAS, 2011).

De acordo com a RAPS, cabe aos profissionais da UBS, entre eles o enfermeiro, a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais sempre que necessário, compartilhadas com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011).

Também foi mencionado nas teses analisadas que a enfermagem precisa ampliar seu olhar para enxergar possibilidades que extrapolem a rede formal de cuidado para espaços que são ou possam vir a ser recursos terapêuticos na comunidade como grupos de autoajuda, organizações não governamentais, instituições religiosas, entre outros. Além disso, estes espaços podem ser palco para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde mental para população em geral, contribuindo para quebra do estigma e inclusão social da pessoa que sofre mentalmente e seus familiares.

Participação de programas para promoção da saúde mental, prevenção e redução de agravos promovidos no território, como tardes de lazer, atividades grupais de autoajuda e de psicoeducação em escolas e Organizações Não Governamentais (ONG's) [...] incluindo a orientação de serviços pastorais e das demais instituições religiosas (T68, p. 55).

Em relação ao cuidado em saúde mental, alguns estudos mencionam a importância de considerar os diferentes recursos da comunidade como suporte terapêutico para a pessoa em sofrimento mental e seus familiares. Destacam-se, neste sentido, os grupos de autoajuda como Associação de Familiares com Transtorno Mental, Amor Exigente, Alcoólicos Anônimos (AA), entre outros, por serem importantes espaços para o acolhimento das questões relacionadas à saúde mental (ANTONACCI, 2016; BRUSAMARELLO et al., 2011; BRUSAMARELLO, 2011).

Na perspectiva da Atenção Psicossocial, a radical diferença imposta pelo sofrimento mental não deve ser erradicada, mas considerada como possibilidade de existência. Nas palavras de Yasui (2010, p. 108):

Cuidar em saúde significa pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para

olhar e ver, é preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença. As estratégias de intervenção daí decorrentes ampliam-se para a construção de projetos marcados pela diversidade. Cuidar é montar, tecer projetos de vida.

Para tanto, algumas vezes é necessário extrapolar os recursos disponíveis no próprio serviço, aumentando a amplitude de articulação para as necessidades do sujeito ou de seus familiares com outros setores ou serviços da comunidade. Nesse sentido, a intersectorialidade é um pressuposto fundamental do Modelo Psicossocial, sendo utilizada para dinamizar o atendimento às necessidades da pessoa em sofrimento mental (MACHADO; SANTOS, 2013).

Ainda neste sentido, Martins (2014) destaca que as redes sociais são importantes para o fortalecimento da inclusão social das pessoas que passaram muitos anos institucionalizadas, além de fomentar a aceitação ao novo, resultando na diminuição do estigma e do preconceito em relação à pessoa com transtorno mental.

Cabe destacar que os profissionais precisam considerar a influência da espiritualidade do sujeito e de seus familiares para incorporar as crenças espirituais como um recurso terapêutico. Martins (2014) refere que, ao ponderar os aspectos espirituais da pessoa, o cuidado é desempenhado numa condição integral, pois o profissional incorpora em suas práticas assistenciais, aspectos, além do biológico, que incluem questões de vida e existência, que poderão influenciar positivamente no alcance dos objetivos do planejamento terapêutico.

Nas teses analisadas, foram encontradas menções de que os espaços de cuidado em saúde mental na comunidade possibilitam a inclusão da pessoa em sofrimento no seu território, com possibilidade do resgate da sua história e direito à autonomia do seu tratamento, tendo, muitas vezes, a família como fonte de apoio e referência para sua reabilitação e não exclusão social. Como apresentado a seguir:

A construção de uma rede de CAPS criou a possibilidade concreta de tratamento sem exclusão, na comunidade, tendo como referência a família e o território (T21, p. 141).

No Modelo Psicossocial, o território é entendido como espaço privilegiado para o cuidado que respeita a singularidade e os processos de subjetivação dos indivíduos em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007; YASUI, 2010). Neste sentido,

é imprescindível repensar o papel da família na vida dos sujeitos, como principal elemento de sustentação, pertencimento e apoio afetivo. No entanto, em muitas situações, a família encontra-se adoecida sendo necessária uma reestruturação dos laços familiares. Quando isso ocorre, os profissionais precisam cuidar da família e ainda investir na pessoa em sofrimento para que ela possa ter condições de cuidar de si, fortalecer suas relações e se reinserir socialmente (WILLRICH, 2016).

6.2.4.2 Atributos e referências empíricas do conceito de ambiente em saúde mental.

QUADRO 13 - ATRIBUTOS DE AMBIENTE EM SAÚDE MENTAL IDENTIFICADOS NAS TESES E RESPECTIVAS REFERÊNCIAS EMPÍRICAS, 2017.

Continua

ATRIBUTOS	REFERÊNCIAS EMPÍRICAS
Espaços abertos	Relatos, autorrelatos e observações de que os ambientes de cuidado em saúde mental precisam ser abertos, promotores da liberdade e não de exclusão da pessoa em sofrimento.
Comunidade	Observações de que a comunidade passou a ser um ambiente de cuidado em saúde mental como escolas, instituições religiosas, parques, centros comunitários, entre outros.
Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades	Relatos e observações da existência dos CAPS, nas diferentes modalidades CAPS I, II, III, Álcool e outras Drogas (CAPSad) e infantil (CAPSi) nas cidades em que foram realizados os estudos das teses, sendo destacados como ambiente de cuidado ao ser humano em sofrimento com vistas à inclusão social.
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Relatos, autorrelatos e observações de que muitas vezes, em um momento de intenso sofrimento, a pessoa acometida ou seus familiares buscam ajuda com os profissionais de saúde da UBS. Ainda, em alguns casos, as equipes da Estratégia da Saúde da Família, ao fazerem as visitas no território, acabam identificando a pessoa em sofrimento e a insere na rede de cuidado de acordo com a demanda apresentada.
Residências Terapêuticas	Relatos e observações da presença de SRT no território para atender as pessoas que passaram muitos anos institucionalizadas, que perderam sua identidade social e não tiveram sucesso em serem acolhidas por familiares devido à dificuldade em encontrá-los.
Domicílio	Relatos e observações da importância do domicílio como ambiente de promoção da saúde mental. Local no qual o sujeito guarda as referências que fazem parte da construção da sua história de vida e sofrimento, importante para o enfrentamento das dificuldades e autonomia.
Família	Relatos, autorrelatos e observações da inclusão da família como um ambiente de cuidado, promotora do acolhimento, resgate e fortalecimento do vínculo e da reconstrução das relações sociais.

QUADRO 13 - ATRIBUTOS DE AMBIENTE EM SAÚDE MENTAL IDENTIFICADOS NAS TESES E RESPECTIVAS REFERÊNCIAS EMPÍRICAS, 2017.

Conclusão

ATRIBUTOS	REFERÊNCIAS EMPÍRICAS
Hospitais Gerais	Relatos, autorrelatos e observações do atendimento da pessoa em intenso sofrimento nos hospitais gerais. Seja nos serviços de Pronto atendimento nos casos de emergência, bem como para internação temporária. Sem caráter excludente.
Serviços de Urgência e Emergência	Relatos, autorrelatos e observações de atendimentos à pessoa em momentos intenso sofrimento pelos serviços de Urgência e emergência do território como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento próximo ao seu domicílio ou no Hospital geral.
Centros de convivência	Relatos e observações da presença de Centros de Convivência, ambiente em que se promove ressocialização da pessoa em sofrimento mental por meio de atividades culturais e artesanais; reinserção profissional por meio de oficinas de geração de renda e cursos profissionalizantes.
Grupos de autoajuda	Relatos e observações de ambientes de cuidado em diferentes espaços da comunidade com a formação de grupos que promovem troca de experiência entre pessoas que já passaram por intenso sofrimento e no momento se encontram fortalecidas com outras que estão fragilizadas e com dificuldades de enfrentar as adversidades causadas pelo transtorno mental. Também foram mencionados grupos para ajuda mútua entre familiares.
Hospitais Psiquiátricos	Relatos, autorrelatos e observações da presença dos hospitais psiquiátricos como um local para tratamento em saúde mental de diversas cidades.

Fonte: A autora (2017).

6.2.4.3 Caso modelo do conceito de Ambiente em Saúde Mental

A.M.C., 59 anos, dona de casa, procura a UBS da sua comunidade para pedir ajuda para cuidar do seu irmão. Na unidade básica, pede para falar com a enfermeira e inicia um diálogo:

- Meu irmão P.M.C, de 55 anos, faz tratamento para saúde mental há dez anos. Até este mês, ele morava com meu pai no interior do Estado. Já passou por três internamentos em Hospital Psiquiátrico e agora o meu pai que cuidava dele faleceu e ele virá morar comigo. Estou desesperada, pois não sei o que fazer já que aqui no município não tem hospital psiquiátrico.

A enfermeira responde:

- Dona A.M.C, atualmente em saúde mental, nós tentamos ao máximo cuidar da pessoa sem que ela precise passar por uma internação integral. Mas não se preocupe no caso de acontecer alguma situação que fuja do seu controle a senhora pode chamar SAMU que eles vão até sua residência para uma intervenção e sendo necessário o levarão para o pronto atendimento do Hospital Geral X que tem uma unidade de atendimento em saúde mental. No entanto, isso seria em um caso extremo em que o seu irmão estivesse em risco. Gostaria de aproveitar que a senhora nos procurou para fazer um cadastro e, assim, nossos agentes de saúde poderão visitá-la e ao seu irmão para inseri-los no programa de saúde mental da comunidade. Temos uma parceria com os profissionais do CAPS, que é um serviço especializado em saúde mental no território, para realização de uma reunião quinzenal, na escola aqui do bairro, com familiares e pessoas que sofrem com algum transtorno mental para trocar experiências e oferecer ajuda mútua. Inclusive teremos reunião amanhã às 14 horas e a senhora seria bem-vinda para participar. O grupo poderá lhe dar mais informações sobre outros locais de cuidado em saúde mental como o Centro de Convivências no qual são realizados alguns cursos de marcenaria e informática, o grupo de autoajuda que acontece no salão da igreja, entre outros. Há diversos locais aqui na comunidade que a senhora e o seu irmão poderão conhecer melhor.

Dona A.M.C. fala:

- Muito obrigada, não imaginava que tinha tantos lugares para me ajudar no cuidado ao meu irmão. Aqui estão meus documentos para o cadastro.

6.2.4.4 Caso contrário do conceito de Ambiente em Saúde Mental

P.S.D, 59 anos, dona de casa, procura a UBS da sua comunidade para pedir ajuda. Sua mãe está muito agitada e agressiva. Refere para agente de saúde que sua mãe já foi internada diversas vezes no Hospital Colônia X e acredita que precisa interná-la novamente, pois não sabe mais o que fazer. A agente de saúde comenta com a familiar que tem um psiquiatra que atende uma tarde por semana na unidade básica e que pode agendar uma consulta para sua mãe, mas só terá agenda para o próximo mês e que caso seja necessário ela deve levar sua mãe até o hospital

psiquiátrico, pois em um momento de surto somente os profissionais de lá saberão o que fazer para ajudar.

6.2.4.5 Antecedentes e consequentes do conceito de Ambiente em Saúde Mental

QUADRO 14 - ANTECEDENTES E CONSEQUENTES DO CONCEITO DE AMBIENTE EM SAÚDE MENTAL, 2017.

ANTECEDENTES	CONSEQUENTES
<ul style="list-style-type: none"> - Manicômios; - Hospícios; - Hospital Colônia; - Local fechado com grades; - Confinamento em celas; - Ambientes escuros, úmidos, com odores desagradáveis; - Isolamento; e - Ambientes afastados da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente familiar; - Comunidade; - Espaços compartilhados; - Direito à liberdade; - Acesso aos diferentes serviços de saúde na comunidade; - Resgate social; - Reabilitação Psicossocial; - Acesso aos espaços de educação, cultura e geração de renda.

Fonte: A autora (2017).

6.2.4.6 Nova definição para o conceito de Ambiente em Saúde Mental

Como referido anteriormente, as menções referentes ao ambiente em saúde mental fazem alusão ao preconizado pela Reforma Psiquiátrica de que sejam espaços abertos dentro da comunidade que permitam o ir e vir das pessoas com transtorno mental, familiares e demais moradores do território que precisem de auxílio. Percebe-se na redação das teses a necessidade de desconstrução do modelo asilar e de todo o aparato que o sustenta, para implantação eficaz de um novo modo de cuidar em consonância com o preconizado pelo Modelo Psicossocial.

Destaca-se que, no Modelo Psicossocial, entende-se que somente a liberdade pode promover condições para que o sujeito possa fazer parte novamente do corpo social e constituir seu mundo interno de modo a produzir e expressar sua subjetividade (COSTA-ROSA, 2000; YASUI, 2010; WILLRICH, 2016).

Desde o surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica no final dos anos de 1970, que se busca conscientizar a sociedade sobre a necessidade de um novo modelo de cuidado pautado na pessoa e na sua existência em sofrimento, não mais isolado nos manicômios, hospitais colônias, hospícios, ambientes afastados da comunidade, mas, sim, em ambientes abertos, dentro do território com fácil acesso,

que componham uma rede de cuidado às demandas do sujeito (AMARANTE, 2007 WILLRICH, 2016).

Com o sistema integrado de serviços de saúde, espera-se construir uma rede horizontal, composta por serviços com diferentes tecnologias e instrumentos de cuidado, de modo a conectar pessoas, dando ênfase à subjetividade e à resolubilidade (WILLRICH, 2016).

Atualmente, a organização dos serviços de cuidado em saúde mental no Brasil tenta seguir as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecida por meio da Portaria 3088/2011. Ressalta-se, no entanto, que esta rede de cuidado passou a ser um dos maiores desafios da Reforma Psiquiátrica, visto que sua estruturação e organização constituem-se como possibilidade de preencher o vazio existente na continuidade da assistência em saúde mental, bem como possibilitar maior diálogo entre as equipes, integrar os saberes e experiências dos diferentes profissionais e dos diferentes serviços que estão envolvidos com o cuidado, com a assistência e com a promoção de saúde mental (BRASIL, 2011; 2015).

Ao analisar os atributos do conceito de Ambiente em saúde mental, foram destacados os seguintes serviços: CAPS em suas diferentes modalidades, as UBSs, os SRT, Hospitais Gerais e os Serviços de Urgência e Emergência. Todos estes ambientes fazem parte da RAPS para cuidado em saúde mental preconizado pelo SUS.

No entanto, a RAPS é composta ainda por outros dispositivos como atenção básica à saúde (Unidade Básica de Saúde, Equipe de Consultório na Rua, Centro de Convivência e Núcleo de Apoio à Saúde da Família), atenção psicossocial especializada (CAPS I, II e III, CAPSad e CAPSi), atenção de urgência e emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e CAPS), atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento e Comunidades Terapêuticas), atenção hospitalar (Enfermaria especializada em Hospital Geral) e estratégias de desinstitucionalização visando a ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral (Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa), reabilitação psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda solidária - cooperativas sociais), além de promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e de

suas famílias aos pontos de atenção, assim como garantir a articulação e integração destes serviços (BRASIL, 2011).

Neste sentido, a articulação da rede de atenção em saúde mental é necessária para a implantação de ações que possibilitem a constituição de vínculos psicossociais, promoção da qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais e inclusão. Os CAPS têm por objetivo ofertar atendimento à população, fazendo o acompanhamento terapêutico e a reinserção social dos sujeitos, através de ações que privilegiem o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2011).

No entanto, a leitura das teses permitiu visualizar que a implantação destes serviços ainda encontra dificuldades em algumas regiões, vindo ao encontro do enfatizado por Yasui (2010, p. 121):

A proposta de ruptura com a racionalidade médica, que deveria estar presente no cotidiano dos novos serviços, encontra ainda inúmeras dificuldades em se efetivar. Tenho acompanhado o trabalho de muitos CAPS, em diferentes regiões do país e, mais de perto, em muitos municípios no interior do Estado de São Paulo, que corroboram o alerta para reclamações burocráticas. Com mais frequência do que gostaria, encontro uma organização dos processos de trabalho que ainda se norteia pelo modelo hegemônico da racionalidade médica, centrada nos fenômenos patológicos e no ato prescritivo. A presença do psiquiatra e os seus atos determinam a dinâmica e a estratégia terapêutica, via de regra, medicamentosa. As discussões de caso em equipe, quando existem, geralmente ocorrem sem a presença daquele profissional e tendem a reduzir o sofrimento psíquico ao quadro patológico. A utilização de outras estratégias não muda a lógica do modelo [...]. Encontro, também, o emprego de ferramentas conceituais das práticas hegemônicas: isolamento (ainda que em um serviço aparentemente aberto); discursos técnicos que calam o paciente (monólogo da razão sobre a loucura); a doença suplantando a complexidade da vida e a medicalização como estratégia terapêutica central.

Os pesquisadores apontaram que muitas vezes em um momento de intenso sofrimento a pessoa acometida ou seus familiares buscam ajuda com os profissionais de saúde da UBS. Ainda, em alguns casos, as equipes da Estratégia da Saúde da Família, ao fazerem as visitas no território, acabam identificando a pessoa em sofrimento e a insere na rede de cuidado de acordo com a demanda apresentada.

Nessa perspectiva, destaca-se que a equipe da ESF apresenta potencialidades para o acolhimento da saúde mental e pode desenvolver ações resolutivas frente às demandas comunitárias de assistência (MARTINS, 2014).

No entanto, as teses desenvolvidas com profissionais dos serviços de UBS e entre eles com equipes da ESF mostraram que, infelizmente, os profissionais, muitas vezes, não se sentem preparados para atuar frente à pessoa em sofrimento. Este fato é corroborado por estudo de Amarante et al. (2011) feito com 20 enfermeiros de unidades básicas de saúde no Rio de Janeiro, ao referir que os entrevistados não tinham conhecimento da demanda em saúde mental do seu território, ainda que realizassem práticas segundo um modelo prescritivo sem a mobilização de habilidades e conhecimento para enfrentar situações de atenção em saúde mental.

Outro dispositivo assistencial preconizado pela Reforma Psiquiátrica são os Serviços Residenciais Terapêuticos também destacados nas teses analisadas como ambiente para atender as pessoas que passaram muitos anos institucionalizadas, que perderam sua identidade social e não tiveram sucesso em serem acolhidas por familiares pela dificuldade em encontrá-los.

Uma das principais preocupações do processo de desinstitucionalização de internos de longa permanência nos últimos anos foi a implementação dos SRT. Por meio da otimização de recursos, assegurados pelo repasse fundo a fundo e o custeio destas residências, através da realocação dos valores pagos pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) dos leitos de psiquiatria de longa permanência, que outrora eram destinados a esses estabelecimentos, passou-se para o Programa de Saúde Mental (BRASIL, 2011).

No entanto, esta forma de financiamento se revelou insuficiente, visto a cobertura das Residências no país ainda ser insuficiente para a atual demanda, para garantir assistência adequada às pessoas com transtornos mentais e grave dependência institucional, possuidoras de um grande comprometimento em sua autonomia, decorrente de comorbidades, questões decorrentes de patologias ou comprometimentos comuns a pessoas com idade avançada, tais como cuidados restritos ao leito, ou situações clínicas crônicas que demandem cuidados mais intensivos (BRASIL, 2011).

Também foram destacados como ambiente de cuidado o domicílio no qual o sujeito guarda as referências que fazem parte da construção da sua história de vida e sofrimento, importante para o enfrentamento das dificuldades e autonomia. Ainda o meio familiar como promotor do acolhimento, resgate e fortalecimento do vínculo e da reconstrução das relações sociais. O Modelo Psicossocial incentiva a convivência, a busca da autonomia, o direito à cidadania e a reinserção social. Neste

sentido, pode-se dizer que convivência diária no domicílio favorece a troca de experiências entre quem cuida e quem é cuidado.

O explicitado por Laval (2010, p.100) coaduna com o apresentado:

No cuidado realizado no cotidiano do domicílio, não há uma receita pronta que ensine as práticas de cuidado. A família aprende a cuidar no dia a dia, construindo seu próprio saber que deve ser aproveitado na construção da atenção psicossocial. É preciso considerar a criatividade da família que cuida no domicílio, flexibilizando as intervenções prescritas pelos profissionais como aquelas corretas, pois se a proposta é parceria, o que dará valor são a troca e a consideração daqueles que convivem com quem necessita de cuidado em saúde mental.

Os Centros de Convivência emergiram como ambientes de promoção da ressocialização das pessoas por meio de atividades culturais e artesanais, reinserção profissional por meio de oficinas de geração de renda e cursos profissionalizantes. Neste aspecto, os Centros de convivências são espaços de construção do indivíduo em que a interação parece minimizar o sofrimento e possibilita abertura para reflexão das angústias sentidas (AMARANTE, 1999; 2006; 2007).

Em estudo conduzido por Costa, Vieira e Carneiro (2015), estes espaços se destinam a oferecer às pessoas com transtorno mental, familiares e pessoas da comunidade em geral atividades sociais e culturais que possibilitam o acesso à produção e circulação social, pois oferecem aos usuários oficinas de música, teatro, pintura, marcenaria e costura, conforme seu talento e preferência, além da promoção de passeios culturais.

Neste sentido, Saraceno (1998) enfatiza que as atividades que envolvem as pessoas com transtorno mental são eficazes quando inseridas em um campo repleto de sentidos produzidos por elas mesmas em relação à cultura e ao meio ambiente.

Os grupos de autoajuda também são entendidos como espaços para promoção da troca de experiência entre pessoas que já passaram por intenso sofrimento e no momento se encontram fortalecidas com outras que estão fragilizadas e com dificuldades de enfrentar as adversidades causadas pelo transtorno mental. Também foram mencionados grupos para ajuda mútua entre familiares.

Estes grupos são entendidos como suporte terapêutico para a pessoa em sofrimento mental e seus familiares. E estão em consonância com o preconizado pela Reforma Psiquiátrica, pois, de acordo com Willrich (2016), ao impulsionar o

cuidado em saúde mental por meio de uma rede articulada de serviços no território a Reforma Psiquiátrica sugere ainda a inclusão dos demais recursos da comunidade para o estabelecimento de verdadeiros espaços de inclusão na cidade.

Esta descrição insere ainda outros espaços como escolas, instituições religiosas, parques, centros comunitários, entre outros, como ambientes oportunos para o desenvolvimento de cuidado em saúde mental. Willrich (2016) destaca em seu estudo que os profissionais dos serviços de saúde mental desenvolvem um trabalho de promoção e prevenção de saúde mental nas creches municipais, no Centro do Adolescente, nas escolas do Município e em outros espaços da comunidade.

A prática do modelo hospitalocêntrico vem sendo combatida gradativamente ao longo dos anos. No entanto, observou-se nas teses analisadas que os hospitais psiquiátricos, apesar de não serem a melhor opção pelos preceitos do modelo psicossocial para o tratamento da pessoa em sofrimento, ainda são um ambiente bastante utilizado no cuidado à saúde mental da população em diversas cidades. Ressalta-se, neste sentido, que, em alguns casos, pode ser necessária a internação da pessoa em intenso sofrimento mental, mas, ao fazê-la, os leitos de internação integral deveriam se configurar naqueles em hospitais gerais ou CAPS III, mais próximos de sua comunidade, não nos distantes hospitais psiquiátricos. A Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, nº. 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), preconiza a internação quando todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

De acordo com Rodrigues (2010), a prática de cuidado em hospital psiquiátrico que antes visava à contenção do comportamento das pessoas com transtorno mental em que práticas de confinamento, de exclusão social e predomínio da hegemonia dos saberes e práticas centradas na figura do médico, que era comum, passa a incorporar princípios que buscam uma prática integral e interdisciplinar, em que o cuidado é realizado em equipe, com intuito de atender às demandas da pessoa cuidada, exigindo dos profissionais a busca por um novo paradigma para guiar seus saberes e práticas.

Estudo conduzido por Martins (2014) com 149 enfermeiros do Ceará, com objetivo de averiguar as competências dos enfermeiros da ESF para atuação em saúde mental, destaca que há um acentuado empenho para evitar a internação em hospital psiquiátrico e, quando ocorre, é evidente o sentimento de desconforto

manifestado pelos profissionais, reforçando a compreensão de que o hospital psiquiátrico é algo a ser desconstruído.

Diante dos atributos apresentados para o conceito de **Ambiente em saúde mental** defende-se a definição: ***Ambiente em saúde mental são espaços na comunidade que buscam acolher, socializar, promover a saúde mental, bem como prevenir, reabilitar, ressocializar a pessoa em sofrimento mental por meio de práticas integradoras não excludentes, que garantam a liberdade de expressão e participação no seu projeto terapêutico. Para tanto, envolvem diferentes profissionais da área da saúde e de outras áreas afins, estratégias e serviços diversificados da atenção básica de saúde, serviços especializados em saúde mental, hospital geral, centros de convivência, escolas, instituições religiosas, grupos de autoajuda, domicílio e família. O ambiente de cuidado em saúde mental deve estar aberto para a agregação de pessoas e ocupar espaços tantos quantos forem os existentes na comunidade que se dispuser a compô-lo.***

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propor este trabalho de análise dos conceitos que compõem o metaparadigma da Enfermagem para área de Enfermagem em Saúde Mental foi um desafio. Primeiramente, por se tratar de uma pesquisa teórica, orientada para construir, aprofundar e/ou reconstruir condições explicativas da realidade e, assim promover discussões pertinentes à construção do conhecimento da área de estudo a fim de fomentar mudanças da realidade. Esta experiência de aprofundamento teórico, desconstrução, construção e reconstrução do conhecimento causou certa angústia na pesquisadora pela incerteza de o caminho que estava sendo percorrido ser o certo e as compreensões sobre o tema estudado serem apropriadas, ao mesmo tempo em que proporcionou satisfação pelo crescimento científico.

Analisar os conceitos de Enfermagem, Saúde, Ambiente e Ser humano em Saúde Mental pelo modelo de Walker e Avant possibilitou sua compreensão mediante definição dos atributos, antecedentes e consequentes. Permitiu a constatação de que os conceitos apresentam ampliação de seu significado e refletem as mudanças no modo de conceber a Saúde Mental fortemente impulsionadas pelas transformações teóricas, políticas e sociais do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Durante a leitura das teses, foi possível compreender que os pesquisadores apresentam em suas redações urgência em abandonar o Modelo Asilar e biomédico enraizado na sociedade por tantos anos e que teve a doença como destaque, determinando o estigma e a exclusão de tantas pessoas, bem como a dificuldade de viver a plenitude do Modelo Psicossocial. No entanto, uma prática excludente enraizada por tantos anos na sociedade brasileira dificulta a transformação de forma ampla e completa. Mas mesmo diante das adversidades na Área da Saúde Mental, possíveis de serem observadas diariamente nas instituições de saúde, mídia e comunidade em geral, a análise dos estudos construídos em diferentes cidades do País retrata profissionais, familiares e usuários engajados para mudar a realidade.

Considera-se que os objetivos desta tese foram atingidos, pois o estudo permitiu clarificar o significado de cada conceito analisado, bem como ensaiar uma definição para cada conceito à luz do Modelo Psicossocial que permeou as concepções do objeto e dos meios de trabalho, as formas da organização

institucional, as modalidades do relacionamento com os usuários e a população e a finalidade em termos terapêuticos e éticos.

Acredita-se que este estudo vá ao encontro das quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica brasileira-teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-assistencial ressalta que, para a consolidação das transformações em saúde mental, são necessárias novas produções teóricas sobre esta temática, que promovam novos saberes a fim de desconstruir os conceitos que envolvem o objeto de cuidado sustentado na doença e no modelo asilar ao longo dos anos. Deste modo, este estudo poderá contribuir para a aplicabilidade assertiva dos conceitos de Enfermagem, Saúde, Ambiente e Ser humano em Saúde Mental em seus diferentes cenários de cuidado de Enfermagem em Saúde Mental e, consequentemente, para melhoria na qualidade do cuidado a ser realizado. Ressalta-se ainda a necessidade de novas reflexões e atualizações no que concerne aos demais conceitos necessários para a prática de enfermagem em saúde mental como Cuidado de Enfermagem em saúde mental, família, entre outros. Diante das constantes e complexas transformações na área da Saúde Mental, emerge a necessidade de análise contínua do conhecimento e promoção do intercâmbio de saberes entre as demais disciplinas envolvidas no cuidado à pessoa em sofrimento, sua família e comunidade como um todo.

A dimensão técnico-assistencial refere-se à construção de novos serviços para cuidar em saúde mental, espaços de sociabilidade em que se permita e promova a produção de subjetividades. Na análise do conceito de Ambiente em saúde mental, foi possível destacar diferentes espaços na comunidade que podem acolher, socializar, promover a saúde mental, bem como prevenir, reabilitar, ressocializar a pessoa em sofrimento mental por meio de práticas integradoras não excludentes, que garantam a liberdade de expressão e a participação no seu projeto terapêutico.

A dimensão jurídico-política e sociocultural tem como uma de suas frentes a discussão das leis e modelos de tratamento em diferentes âmbitos sociais com objetivo de alçar o maior número de protagonista nesta luta que começou nos anos 1970 e se estenderá por longo tempo, buscando dirimir preconceitos e fomentando aceitação e inclusão social daqueles que vivem o sofrimento mental. Neste sentido, este estudo apresenta o meio universitário como um dos grandes espaços para

discussões, reflexões e promoção de mudanças na forma de conceber a Saúde Mental, sendo responsável pela formação de diferentes profissionais da saúde já inculcados da necessidade de entender o ser humano em sua complexidade.

No entanto, este estudo teve como limitação a análise de somente 88 teses do conjunto de 278 produções, entre os anos de 1997 a 2016. Isso porque como critério de inclusão, as teses deveriam estar completas e disponíveis eletronicamente. Deste modo, a primeira tese analisada foi produzida quando o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira já estava promovendo mudanças há quase duas décadas e alguns estados já terem suas leis de saúde mental sancionadas. A Reforma Psiquiátrica promoveu a construção de novas formas de conceber e se relacionar com a pessoa com transtorno mental como um sujeito em sofrimento psíquico e fomentou o estabelecimento de legislações que garantam a cidadania, respeito a seus direitos e sua individualidade. Sendo assim, as teses selecionadas para este estudo limitaram a análise dos antecedentes dos conceitos em face do modelo biomédico que teve hegemonia até o final da década de 1970.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P. et al. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão?. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 62, n. 5, p. 748-752, out. 2009.
- AMARANTE, P. (org). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Panorama, 1999.
- _____. Rumo ao fim dos manicômios. **Mente e Cérebro.** São Paulo, n. 164, p. 30-35, set. 2006.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.1, jan-mar, 2011, p. 85-93
- ANTONACCI, M. H. **Avaliação de Boas Práticas em Saúde Mental na Atenção Psicossocial.** 2016. 212 f. Tese. (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.
- AZEVEDO, D. M. **Construção e evidências de validação de instrumentos de pesquisa para avaliação da assistência nos centros de atenção psicossocial.** 2014; 88 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.
- AZEVEDO, E. B. **Tipologia de Enfermeiras Terapeutas Comunitárias na Perspectiva Weberiana.** 2014. 186f. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.
- BAIXINHO, C. L. et al. A arte e a aprendizagem dos padrões de conhecimento em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 48, n. esp2, p:172-8, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00164.pdf> Acesso em: 10 mai 2016.
- BALDUINO, A. F. A. et al. Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. **Revista Gaúcha Enfermagem.** v. 34, n. 4, p. 37-44. 2013.
- BARBOSA, J. A. G. **Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental.** 2011. 194f Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.
- BISON, R. A. P. **A percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de enfermagem.** 2003. 120 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- BOTTI, N. C. L. **Oficinas em saúde mental: história e função.** 2004 238 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

BECKER, S. G. **O cotidiano do cuidado em saúde mental: memórias e representações sociais de trabalhadores**. 2012. 163 f. Tese. (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

BOLSONI E. B. et al. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: revisão Integrativa. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. v. 12, n. 4, p. 249-59, out./dez. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/122268/119025>> Acesso em: 15 mai 2017.

BORBA, L. O. **Adesão do portador de transtorno mental ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental**. 2016. 158 f. Tese. (Doutorado) Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

BORILLE, D. C. **A construção de um marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe de um hospital psiquiátrico**. 2008. 143 f. Dissertação (Mestrado). Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

BORILLE, D. C. et al. Construção de um marco de referência para o cuidado de enfermagem psiquiátrica. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n.3, p. 483-491, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15774/pdf>> Acesso em: 10 jun 2017.

BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. A. L. M. Conceitos e Teorias na Enfermagem. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 141-145, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100141&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun 2015.

BRASIL. **Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 de abril de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** Brasília, DF, 26 dez. 2011

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BREDA, M. Z. **A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção**. 2006 157 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

BRUSAMARELLO, T. et al. Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 14, n. 1, p. 79-84, jan./mar. 2009.

BRUSAMARELLO, T. et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto contexto - enferm.** v. 20, n. 1, p. 33-40, mar. 2011.

BRUSAMARELLO, T. **Cuidado de enfermagem com familiares e pessoas com transtorno mental na extensão universitária.** 134f. Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

BURIOLA, A. A. **Avaliação qualitativa de um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral.** 2015. 138 f. Tese. (Doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2015.

CAMATTA, M. W. **Ações voltadas para a saúde mental na estratégia saúde da família:** intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares. 2010 208 f. Tese. (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CARDOSO, L. **Egressos de internação psiquiátrica - um olhar sobre o paciente e seu familiar cuidador.** 2008. 116 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.

CASTRO, S. A. **Adesão ao tratamento psiquiátrico, após alta hospitalar: acompanhamento na rede de serviços de saúde.** 2015 138 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2015.

CARPER, B. Fundamental patterns of knowing in Nursing. **Advances in Nursing Science.** v.1, n.1, p. 13-24. 1978. Disponível em: <http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf> Acesso em: 18 out 2016.

CESTARI M. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Rev Gaúcha Enfermagem.** Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 34-42. 2003. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGaucha%20de%20Enfermagem/article/viewFile/4435/2361>> Acesso em: 02 out 2015.

CLEMENTINO, F. S. **Avaliação da estrutura e processo de trabalho dos centros de atenção psicossocial.** 2014 146 f. Tese. (Doutorado) - Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

COIMBRA, V. C. C. **Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família.** 2007 315 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

CORREIA, V. R. **O profissional da estratégia saúde da família na promoção da saúde mental.** 2011. 180 f. Tese. (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

CORTES, J. M. **Lugar de morar: o cotidiano de pessoas com transtornos mentais em um serviço residencial terapêutico**. 2015. 211 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

COSTA, E. **Hospital Colônia Sant'ana: o saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981)**. 2010. 299 f. Tese. (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

COSTA, A. S. S. M. **A construção do saber da enfermeira na equipe interdisciplinar de serviços de atenção psicossocial**. 2005. 218 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

COSTA LIMA, D. W.; VIEIRA, A. N.; CARNEIRO, L. S. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 24, n 1, p. 154-160, 2015.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, P. (Org). **Ensaio, subjetividades, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

_____. **Atenção Psicossocial para além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo, Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C. A; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25. 2001.

_____. **Atenção Psicossocial - rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva**. *In*: AMARANTE, P. (Org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-44.

COWDEN, T. L.; CUMMINGS, G. G. Nursing theory and concept development: a theoretical model of clinical nurses' intentions to stay in their current positions. **J Adv Nurs**, v. 68, n. 7, p. 1646-57. 2012.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas; 2000.

DIAS, T. A. **Reforma psiquiátrica na região oeste do Paraná: o discurso dos enfermeiros e suas práticas**. 2008. 143 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DENADAI, W. **Teoria de Médio Alcance de Enfermagem para Atenção à Saúde Mental**. Rio de Janeiro, 2016. 131f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 24, n. 3, p. 286-93. 2003.

DOMINGUES, M. P. **Pesquisa-ação e práticas educativas do enfermeiro psiquiátrico: incentivo à educação permanente em serviço.** 2010 80 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2010.

DUNCAN, C.; CLOUTIER, J. D.; BAILEY P. H. Concept analysis: the importance of differentiating the ontological focus. **J. adv. Nurs.** v. 58, n. 3, p. 293-300, 2007.

FAUSTINO, E. B. **Tipologia de enfermeiras terapeutas comunitárias na perspectiva weberiana.** 2014 186 f. Tese. (Doutorado) - Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa, João Pessoa, 2014.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 500-505, abr. 2013.

FAWCETT, J. **Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories.** 2 ed. Philadelphia (PA): F. A. Davis Company; 2005.

FERNANDES, M. A. **Riscos ocupacionais e o adoecimento de trabalhadores de saúde de um hospital psiquiátrico do Piauí.** 2014 128 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2014.

FERNANDES, R. L. **A reforma psiquiátrica e a política de saúde mental do Rio Grande do Norte: papéis e funções de profissionais e gestores.** 2014. Tese. (Doutorado) - Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

FRANCISCO, A. L.; ALVES, E. S. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicol. Cienc. Prof.** Brasília, v. 29, n. 4, p. 768-79, 2009.

FREGONEZI, E. H. **Adquirindo uma nova cidadania: estudo do preparo do doente mental para viver na comunidade.** 2010 121 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2010.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11. 1987.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed, São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, J. R. L. **Atendimento a familiar cuidador em convívio com doente mental através da técnica de resolução de problemas.** 2005 159 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

GONÇALES, C. A. V. **Cotidiano de Cuidados à Pessoa com Depressão na Pós-Modernidade: uma cartografia.** 2009 209 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

GRANDO, L. H. **Família e transtornos alimentares: uma forma singular de estar no mundo.** 2005, 199 f. Tese (Doutorado). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2005.

GUEDES, A. C. **Avaliação do processo de alta dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.** 2014. 138 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

GUEDES, T. G. **Matriciamento da atenção em planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental.** 2011 123 f. Tese. (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

GUIMARÃES, J. **Sobre o tempo: elogio à instituição negada.** 2006. 167 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

GUSSI, M. A. **Representação social de ministros religiosos cristãos sobre a doença mental.** 2008. 161 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2008.

JUNIOR, J. M. P. **Perfis e práticas dos profissionais de saúde mental em dois hospitais psiquiátricos de grande porte.** 2014 132 f. Tese. (Doutorado) - Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

KOHLRAUSCH, E. R. **Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na estratégia saúde da família.** 2012 207 f. Tese. (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

KNAFL, K. A. Q.; DEATRICK, J. A. Knowledge synthesis and concept development in nursing. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (editors). **Concept development in nursing.** 2ed. Philadelphia: Saunders, 2000. p. 39-54.

KURIMOTO, T. C. S. **O cuidado de enfermagem em saúde mental na perspectiva da clínica do sujeito: questões de fineza.** 2013. 259 f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem. Campinas, 2013.

HICKMAN, J. S. Introdução à teoria de enfermagem. In: GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4. ed. Porto Alegre. Artes Médicas, 2000. p. 11-20.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira.** 2000. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LACERDA, M. R.; LABRONICI, L. M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 359-64, mar./abr. 2011.

LAVAL, E. **Família e o cuidado de saúde mental no domicílio: estudo avaliativo**. 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEO, M. M. F. **Habilidades de vida independente em portadores de transtornos mentais do interior mato-grossense**. 2014 176 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2014.

LIMA, D. W. C.; VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 154-60, 2015.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, 2014.

LOYOLA, C. Notas sobre o cuidar em enfermagem psiquiátrica. In: CAVALCANTI, M. T.; FIGUEIREDO, A. C.; LEIBING, A. (Org.). **Por uma psiquiatria inquieta**. Homenagem ao professor João Ferreira. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008. p. 64-70.

LUCCHESI, R. **A enfermagem psiquiátrica e a saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro**. 2005. 251 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MACHADO, V.; SANTOS, M. A. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 701-12, out./dez. 2013.

MAFTUM, M. A. **O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná**. 2004. 152 f. Tese. (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

MAFTUM, M. A. et al. **O cuidado à saúde de familiares e pessoas com sofrimento mental 2008/2009**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná – Pró-Reitoria de Extensão e Cultura, 2009. Relatório técnico.

MAFTUM, M. A.; ALENCASTRE, M. B. O cuidado à saúde da pessoa com transtorno mental na perspectiva da reforma psiquiátrica: percepções dos docentes. **Rev. Técnico-Científica de Enferm.** v. 7, n.2, p. 9-99, abr./mar. 2009.

MANGUEIRAI, S. O.; LOPES, M. V. O. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. **Rev. Bras. Enferm.** v. 67, n. 1, p. 149-54. 2014.

MARTINES, W. R. V. **O cotidiano da produção de cuidados em saúde mental e a produção de prazer: uma cartografia**. 2011 212 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MARTINS, P. A. S. F. **Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica: validação clínica.** 2007 123 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MARTINS, A. K. **Saúde mental na estratégia saúde da família: estudo sobre as competências de enfermeiros.** 2014 186 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para Enfermagem.** Trad. de Regina Machado Garcez. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 590.

MECCA, R. C.; CASTRO, E. D. Aesthetic experience and institutional daily life: new maps for subjectively dealing with spaces for mental healthcare. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.377-86, abr./jun. 2008.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress.** 4ed. Philadelphia: Lippincott William e Wilkins; 2007.

MELLO, R. **Identidade social de usuários, familiares e profissionais em centro de atenção psicossocial no Rio de Janeiro.** 2005. 242 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005

MIASSO, A. I. **“Entre a cruz e a espada”:** o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar. 2006. 261 f. Tese (Doutorado) – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

MIELKE, F. B. **Avaliação da gestão da atenção psicossocial na estratégia saúde da família: com a palavra os coordenadores.** 2013. (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MIGUEL, T. L. B. **Fatores associados a Transtornos Mentais Comuns e consumo de psicofármacos em Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto.** 2014 119 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, 2014.

MIRANDA, F. A. N. **Representações Sociais sobre a atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano.** 2002. 230 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MONTEIRO, C. B. O enfermeiro nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental. **Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.** v.10 n.4, p. 735-9, 2006.

MOLL, M. F. **Dos hospitais psiquiátricos aos serviços residenciais terapêuticos: um olhar sobre os direitos humanos neste percurso.** 2013. 134 f. Tese. (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, 2013.

MOREIRA, L. H. O. **Enfermagem Psiquiátrica e Internação Involuntária – A Clínica do fato invisível.** 2008. 197 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do

Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery Rio de Janeiro, 2008.

MOREIRA, L. H. O. et al. A inclusão social do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. **Inclusão Social**. v. 3, n. 1, p. 35-42, 2007.

MONTESCHI, M. **Sistemas de medicação e erros em unidades de psiquiatria de um município paulista**. 2015 172 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2015.

MUNHALL, PL. Unknowing: toward another pattern of knowing in nursing. **Nurs Outlook**. v. 41, n. 3, p.125-8, mai./jun. 1993.

NASI, C. **As expectativas dos usuários e as intenções dos trabalhadores de um centro de atenção psicossocial**. 2011 168 f. Tese. (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

OLIVEIRA, A. G. B. **A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental**. 2003. 293 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, K. K. D. **Atuação dos profissionais no atendimento às famílias nos centros de atenção psicossocial**. 2014 144 f. Tese. (Doutorado) - Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

OLIVEIRA, R. M. P. de. **Por uma clínica de enfermagem psiquiátrica: o intuir empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiatra**. Rio de Janeiro, 2005. 231 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery Rio de Janeiro, 2005.

OLSCHOWSKY, A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da Pós-Graduação Lato Sensu**. 2001. 240 f. Tese. (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

OSINAGA, V. L. M. **Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares**. 2004. 164 f. Tese. (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

PAES, M. R. **Perfil e diagnósticos de enfermagem de pacientes com transtornos mentais em um hospital geral e de ensino**. 2013. 195 f. (Doutorado) – Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

PAIANO, M. **Processo de avaliação de quarta geração em um ambulatório de saúde mental: perspectiva dos profissionais**. 2013 149 f. Tese. (Doutorado) Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013.

PEREIRA, M. A. O. **Representações sociais de pacientes psiquiátricos sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico: a triste passagem e a triste paisagem**. 1997. 199 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1997.

PEREIRA, L. S. **Tecendo os fios da saúde mental em Belém/Pa: visibilidades ou possibilidades da rede de cuidado**. 2010 184 f. Tese. (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PERSEGONA, K. R. et al. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 645-50, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a27.pdf>>. Acesso em: 10 mai 2015.

PINHO, L. B. **Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica**. 2009. 344 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2009.

PITIÁ, A. C. A. **Acompanhamento Terapêutico sob o enfoque da psicoterapia corporal: uma clínica em construção**. 2002. 211 f. Tese. (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. de Ana Thorrell. 6ªed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PONTE, K. M. A. et al. Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com infarto agudo do miocárdio. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 16, n.4, p. 666-73, out./dez. 2012.

RANDEMARK, N. F. R. **Reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: representações das famílias**. 2009 270 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

REINALDO, A. M. S. **Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para a enfermagem psiquiátrica comunitária**. 2005 225 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

RIBEIRO, M. I. L. C. **A teoria, a percepção e a prática do relacionamento interpessoal**. 2005. 106 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

RIBEIRO, D. B. **Cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida: perspectivas da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz**. 2016 undefined f. Tese. (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 1994.

RODGERS, B. L. Concept analysis: an evolutionary view. *In*: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**, 2ªed. Philadelphia: Saunders, 2000. p. 77-102.

RODRIGUES, L. R. **Saúde mental e profissionais do programa de saúde da família: uma proposta de educação permanente**. 2005. 150 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

RODRIGUES, J. **O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental nos cursos de graduação no Estado de Santa Catarina**. 259f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RODRIGUES, J.; BROGNOLI, F. F. Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 6, n. 13, p.61-74, 2014.

ROSA, W. A. G. **Limites e possibilidades de inserção da Estratégia de Saúde da Família no processo de transformação da assistência psiquiátrica e na promoção de saúde mental**. 2007 163 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

SAIDEL, M. G. B. **Representações sociais de profissionais de um centro de atenção psicossocial sobre o cuidado ao idoso com transtorno mental: estudo de caso qualitativo**. 2015 209 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

SANTOS, A. M. **Estudo das referências que direcionam o processo de construção do enfermeiro cuidador de pessoas mentalmente doentes**. 2016. 126 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2016.

SANTOS, E. M. **Representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família**. 2014. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem. Campinas, 2014.

SANTOS, S. A. **Projeto terapêutico individual em um Centro de Atenção Psicossocial: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência**. 2006 110 f. Tese. (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

SANTOS, R. C. A. **Papéis e funções dos profissionais dos serviços e política de saúde mental em natal (RN)**. 2014 166 f. Tese. (Doutorado) - Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

SANTOS, Z. M. S. A.; OLIVEIRA, V. L. M.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria de Peplau – análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com diagnóstico de ansiedade. **Rev. RENE**. v. 5, n. 2, p. 110-117, 2004.

SARACENO B. **A cidadania como forma de tolerância**. Conferência realizada no Rio de Janeiro, 1998.

_____. The citizenship as form of tolerance. **Rev. Ter. Ocup**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

SARAIVA, K. V. O. **Gênero e saúde mental na atenção primária: a mulher como foco de investigação**. 2008 134 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

SARTORI, N. R. **Representações Sociais sobre o "louco" e a "loucura": concepções e práticas de profissionais da Atenção Básica**. 2015 132 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2015.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 182-188, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr 2015.

SCHERER, Z. A. P. **Grupoterapia e enfermagem: o estudante e a transição teórico-prática**. 2005. 139 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

SILVA, A. L. A. **Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial**. 2003. 310 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, E. C. **Educação a distância: ambientes digitais para o processo ensino-aprendizagem em enfermagem psiquiátrica**. 2007 181 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

SILVA, L. A. **Perspectiva estética e sociopoética ao cuidar junto com as pessoas com sofrimento psíquico aplicando a Teoria Tidal Model**. 2015. 214 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, M. C. F. **Transtornos depressivos: desenvolvimento de um material didático para educação a distância**. 2005. 196 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

SILVEIRA, M. R. **A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário**. 2009 145 f. Tese. (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SIQUEIRA, C. Comunicação terapêutica em saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. n.12, p.6-8, 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000300001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 fev 2017.

SPRÍCIGO, J. S. **Desinstitucionalização ou desospitalização - a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis**. 2001. 130 f. Tese. (Doutorado) -Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SOUZA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MAGALHÃES, A. L. P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S.

(Org). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática.** Porto Alegre, Moriá, 2015. p. 99-122.

SOUZA, M. C. M. R. **Representações de profissionais da saúde mental sobre sexualidade de pessoas com transtornos mentais.** 2014. 167 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais.** Barueri: Manole, 2008.

TOLEDO, V. P. **Sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica em um serviço de reabilitação psicossocial.** 2004. 109 f. Tese. (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

TONINI, N. S. **O planejamento em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica.** 2005. 231 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

TRAVELBEE, J. **Intervencion en Enfermeira Psiquiatrica: El Proceso de La Relacion de Persona a Persona.** OPAS/OMS. Colômbia, 1ª ed., 1979.

_____. **Intervencion en Enfermeira Psiquiatrica: El Proceso de La Relacion de Persona a Persona.** OPAS/OMS. Colômbia, 2ª. ed., 1982.

VEDANA, K. G. G. **Convivendo com uma ajuda que atrapalha: o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com esquizofrenia.** 2011 159 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2011.

VIEIRA, M. V. **Esgotamento emocional e sua relação com a satisfação laboral e sobrecarga de trabalho na enfermagem em Saúde Mental: Estudo observacional.** 2015 137 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2015.

VIEIRA FILHO, N. G. Sofrimento e desinstitucionalização: Construindo redes de apoio em saúde mental. **Rev. Mal-Estar Subj.** Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 309-333, mar. 2011.

VILELA, S. C. **Escala de observação da interação enfermeiro-cliente: construção e validação.** 2012 220 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing.** 4ed. Upper Saddle River: Pearson; 2005.

_____. **Strategies for theory construction in nursing.** 5ed. Upper Saddle River: Person Education; 2011.

WALL, M. L. **Características da proposta de cuidado de Enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis** [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 290 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

WHITE, J. Patterns of knowing: review, critique, and update. **Adv Nurs Sci**. v. 17, n. 4, p. 73-86. 1995.

WILLRICH, J. Q. **A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento de saber, poder e subjetivação**. 2016. 327p. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. [tese] Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

_____. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 192 p.

ZAGO, K. S. A. **Terapia Comunitária: espaço de resignificação do sofrimento de trabalhadores de enfermagem**. 2012 182 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012.

ZAGONEL, I. P. S. Análise de conceito: um exercício intelectual em enfermagem. **Cogitare Enfer**. Curitiba, v. 1, n. 1, p. 10-14, jan./jul. 1996.. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44944>>. Acesso em: 10 mai 2015.

APÊNDICE 1**FICHA DE COLETA DE DADOS PARA ANÁLISE DE CONCEITO**

Ordem:	Programa:	
Título:		
Autor:		
Ano:		
Conceito analisado:		
Atributos	Antecedentes	Consequentes

ANEXO

ANEXO 1

Instituições de Ensino com curso de doutorado credenciado pela CAPES²

SIGLA Ies	SIGLA Ies	UF	CURSO DE DOUTORADO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO	FESP/UPE	PE	1
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	FUFPI	PI	1
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA	UNB	DF	1
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	USP	SP	4
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	USP	SP	3
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	UERJ	RJ	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	UNICAMP	SP	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ	UEM	PR	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ	UECE	CE	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA	UESB	BA	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"	UNESP	SP	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA	UFBA	BA	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA	UFPB	PB	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS	UFG	GO	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO	UFMT	MT	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	UFMG	MG	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS	UFPEL	RS	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO	UFPE	PE	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA	UFSC	SC	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA	UFSM	RS	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS	UFSCAR	SP	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO	UNIFESP	SP	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	UFC	CE	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	UNIRIO	RJ	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	UFPR	PR	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO	UFRJ	RJ	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE	FURG	RS	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE	UFRN	RN	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	UFRGS	RS	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO	UFTM	MG	1
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE	UFF	RJ	1
UNIVERSIDADE GUARULHOS	UNG	SP	1
Totais			37

Fonte: Plataforma Sucupira/Capes (2016).

²Disponível em:

<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/programa/quantitativos/quantitativoAreaConhecimento.jsf?areaAvaliacao=20>